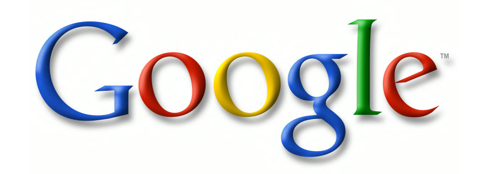
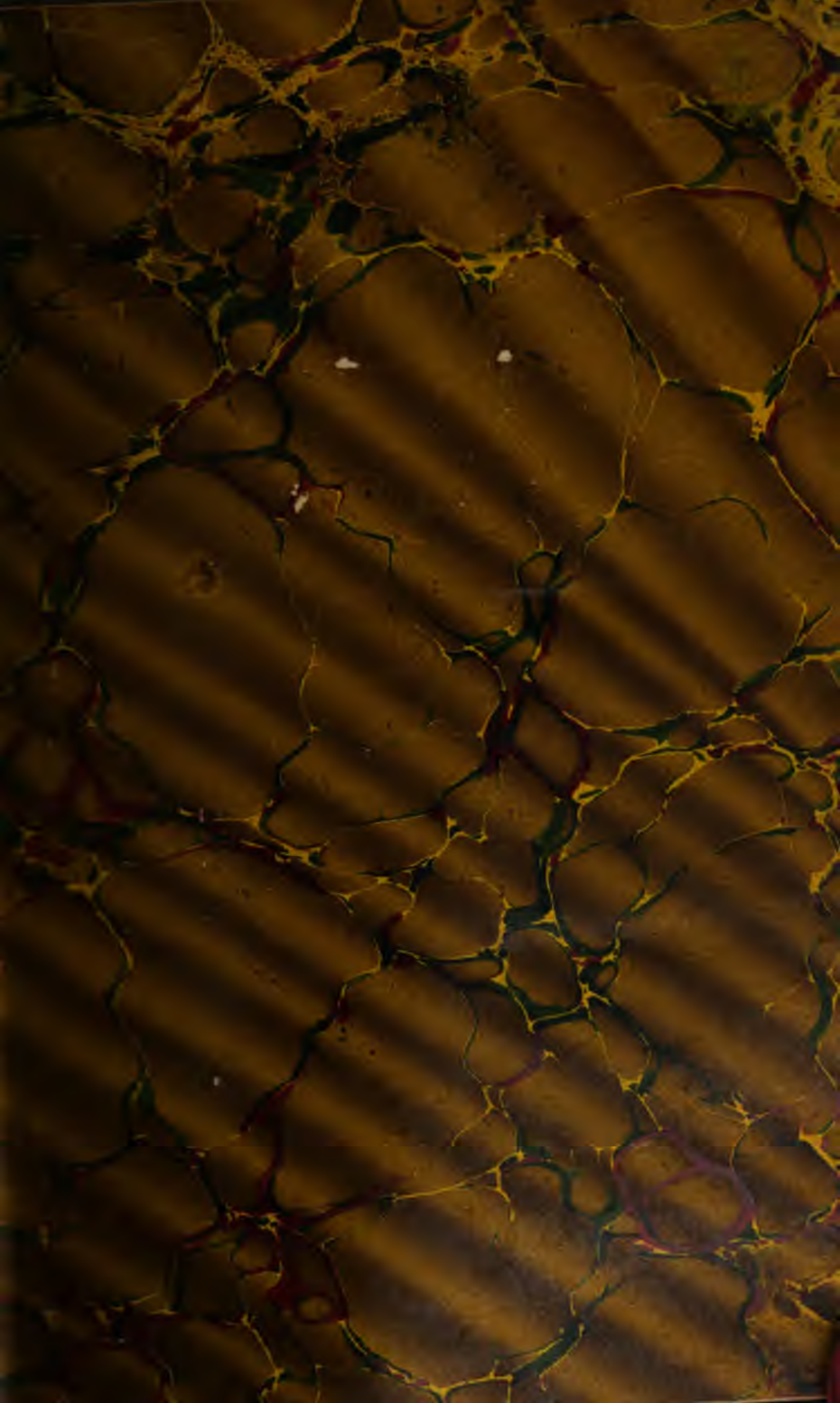



UC-NRLF
B 3 729 407


Em. LE FRANÇOIS
9 et 10, Rue Casimir-Delavigne
Place de l'Odéon — PARIS
La Maison vend à Paris et expédie franco en
TRÈS FORTE
REMISE SUR LES PRIX MARQUÉS des Éditeurs
MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT
LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



IX — 9.1—
X — 9:—
9.iv

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME IX.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris......................	18 francs,
Pour les départements...........	20
Pour l'Europe...................	21 —
Pour les États-Unis d'Amérique....	23 —
Pour les autres parties du monde.	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, rédacteur en chef, 9, rue de Mulhouse, ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteur en chef

Dr A. LEBLOND

TOME IX

Contenant des travaux de MM.

BARNES, DELORE, DUMONTPALLIER, GORRE, GUICHARD, JACQUET, KŒBERLÉ, LAVILLE, LEBEDEFF, LEBLOND, LE DOUBLE, LIZÉ, LUTAUD, MANN, MOSSÉ, PILAT, PINARD, PUECH, SLAVJANSKY, TALAMON, TORRES, VILLARD.

1878

(1er SEMESTRE)

PARIS

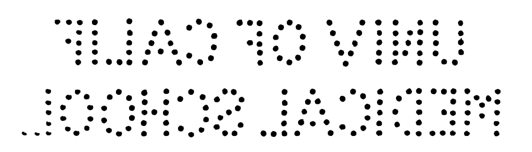
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1878

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agrégé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CHÉRON, médecin de la prison de St-Lazare.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hopitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPUY (L.-E.), médecin de l'hôpital de Saint-Denis.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hop. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABARRAQUE (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beanjon.
LEBLOND, médecin adjoint de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex-chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), médecin de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
RAYNAUD (Maurice), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. Lariboisière.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.
WORMS, méd. en chef de l'hôp. de Rothschild.



ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMATOCÈLES
CONSÉCUTIVES AUX GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

Avec planche et examen histologique fait par le Dr de Sinety

par le Dr **Dumontpallier**
Médecin de la Pitié.

Cath. Justine, âgée de 29 ans, ménagère, entre le 3 mars 1877 dans le service de M. Dumontpallier, à l'hôpital de la pitié dans un état d'anémie extrême.

Cette femme réglée depuis l'âge de 11 ans avait toujours eu une menstruation régulière, mais toujours aussi ses règles duraient de 12 à 15 jours; jeune fille, elle fut d'une bonne santé; mariée, elle accoucha de trois enfants dans l'espace de plusieurs années, et continuait à jouir d'une bonne santé.

Sans avoir de fortes couleurs, elle était loin d'être pâle, cependant depuis un an environ, sans cause connue, elle aurait perdu un peu ses forces. Vers le mois de novembre, elle ressent dans le ventre des

douleurs assez vagues, et se trouve plus faible, ces symptômes toutefois ne sont pas assez marqués pour l'empêcher de travailler.

Cette état persiste jusqu'au 19 février. Jusqu'alors ses règles toujours régulières apparaissaient le 19 de chaque mois durant 12 à 15 jours.

Le 19 février, elle est prise de douleurs vagues dans le ventre et voit apparaître ses règles; elle perd à peu près comme d'habitude; lorsque subitement jeudi dernier, 1er mars alors que ses époques duraient encore, elle est prise de douleurs vives dans le bas-ventre, de nausées, de vomissements, se trouve faible et étourdie, devient pâle et froide, et croit qu'elle va perdre connaissance. On la réchauffe. Pendant toute cette journée, elle accuse de vives coliques; et, outre une certaine quantité de sang liquide, elle perd dit-elle une sorte de morceau de chair, ce qui d'après ses réponses ne devait être qu'un caillot. Cette masse ne présentait aucune poche, aucune membrane; la malade affirme du reste *ne pouvoir être enceinte*. Elle perd encore dans la soirée quelques petits caillots. A partir de ce moment la pâleur et la faiblesse, qui l'avaient subitement prise, persistent chez elle, et de plus un certain degré de surdité, que depuis longtemps elle accusait, s'accentue également. Le lendemain elle se trouve encore plus pâle et plus faible, aussi le 3 mars (samedi) entre-t-elle à l'hôpital.

Etat actuel. — Cette femme est d'une pâleur extrême, les muqueuses sont complètement décolorées, les lèvres pâles, la face sans être amaigrie offre la coloration de la cire blanche jaunie par le temps, le regard est éteint, les pupilles dilatées, il n'y a pas d'œdème. Elle répond bien aux questions, mais présente un tel état de faiblesse qu'il y a lieu de craindre à chaque minute une syncope; aussi l'examine-t-on sans la remuer.

En découvrant la malade on retrouve sur tout le tégument externe une grande pâleur. L'abdomen est volumineux, dur, tendu; on constate la présence d'une tumeur dure, bosselée, assez résistante, mais élastique, occupant toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen. En haut elle commence à deux travers de doigt de l'ombilic et descend en bas jusque dans le petit bassin, elle occupe également la plus grande partie de la fosse iliaque droite, se prolongeant mais dans une étendue moindre jusque dans la fosse iliaque gauche. Une percussion légère démontre que toute cette région est mate, tandis qu'au dessus on retrouve la sonorité intestinale. Cette tumeur plus molle en certains points doit se composer de parties solides, et d'autres liquides. En pratiquant le toucher vaginal on tombe directement sur le cul-de-sac rétro-utérin qui forme une saillie arrondie se laissant facilement déprimer et n'offrant ni dureté ni fluctuation bien manifestes. Les culs-de-sac latéraux sont également effacés.

Le col est fortement poussé en haut et en avant, derrière le pubis. En recourbant le doigt en crochet on trouve son orifice *entr'ouvert mollasse* permettant l'introduction de l'extrémité de la phalange unguéale. La femme étant très-faible on lui évite le toucher rectal.

Il n'y a pas eu de selles depuis 3 jours environ. Elle ne perd plus de sang par le vagin mais quelques muscosités teintées de sang. Rien du côté des poumons, les battements cardiaques sont réguliers, peu accentués, mais il n'y a aucun souffle, du côté des vaisseaux du cou on trouve un bruit de souffle à double courant. En raison de la pâleur subite, de la faiblesse, de l'anémie, de la tumeur abdominale etc. etc... on est conduit à diagnostiquer: *Hématocèle rétro-utérine avec épanchement considérable.*

Le lendemain 4 mars, la pâleur est toujours extrême et la malade plus faible que la veille, le pouls petit, mais encore nettement perceptible, vif, régulier; la peau est fraîche surtout aux extrémités, le ventre est plus tendu, plus dur, plus volumineux.

Dans la soirée du 3 *mars*, elle a eu deux syncopes et un vomissement, elle n'a pas uriné depuis 24 heures, on la sonde et on retire un quart de litre environ d'urine. Dans l'après-midi la malade a deux syncopes.

5 *mars*, même état, il semble toutefois qu'il existe un léger degré d'amélioration. Malgré tout comme il y a eu plusieurs syncopes la veille, et qu'en raison de l'état d'anémie et de faiblesse toujours très-marqué, il y a lieu de craindre de nouvelles syncopes, on pense à la transfusion du sang. Tout est préparé pour pratiquer cette opération si les syncopes reparaissent et se répètent coup sur coup au point de menacer la vie de la malade, mais aucune syncope, ne se produisant dans l'après-midi et dans la soirée et l'état de la malade paraissant s'améliorer, on remet à plus tard l'opération de la transfusion.

La nuit n'est pas mauvaise.

Le lendemain 6 mars, quelques minutes avant la visite, trois syncopes se succèdent rapidement; aussi trouve-t-on la malade extrêmement faible, dans un état de prostration assez marqué avec tendance au sommeil. On ne fait néanmoins pas de transfusion. Pas de nouvelle syncope, ni dans l'après-midi, ni dans la soirée; vers 4 heures, le pouls bat à 100, est petit, mais très-perceptible.

7 *mars*. Pas de syncope dans la nuit, la malade est plus forte, moins abattue, parle même avec une certaine gaîté; les extrémités sont plus chaudes et le pouls plus fort. Elle accuse une constipation opiniâtre, mais tous ces jours-ci elle a uriné seule.

8 *mars*. Jusqu'alors elle se plaignait depuis son entrée de bourdonnements continuels dans les oreilles et des nuages devant les yeux. Aujourd'hui ces nuages sont bien moins marqués, et les bourdonne-

ments sont devenus intermittents et moins forts ; la malade est plus éveillée moins pâle, et la surdité qui les jours précédents était à son maximum est moins accentuée.

9 *mars*. Amélioration notable. Pas de syncope. Elle va à la selle et urine spontanément. Le ventre est moins tendu, moins dur ; la langue est sèche, la soif vive, la bouche empâtée.

10 *mars*. L'état est à peu près le même, mais dans la nuit, elle est prise d'une syncope assez longue.

12 *mars*. La malade est assez agitée, elle se découvre, cherche à s'asseoir sur son séant, elle a un peu de délire. Rien de nouveau les jours suivants, elle est plus calme, moins faible, urine et va à la selle.

Vers le 15, elle se plaint de douleurs dans le côté gauche de la poitrine, on ne trouve rien ni à l'auscultation ni à la percussion ; mais dès le lendemain, la peau est chaude, sèche, les pommettes sont rouges, le ventre n'est pas plus douloureux que les jours précédents. Dans la soirée elle a deux vomissements, et la température atteint 39 degrés.

Le 17 *mars*, elle ressent à droite dans la région iliaque une douleur assez vive, continuelle. L'état fébrile est plus marqué que la veille; le soir le thermomètre marque 40°,2 et comme il n'y a pas de nouveaux vomissements, que le ventre n'est ni plus douloureux ni plus ballonné, on pense qu'une résorption putride est la cause de cette élévation de la température. Le lendemain les phénomènes abdominaux sont plus marqués, la douleur au palper assez vive, le ballonnement plus étendu, la malade a de nouveau plusieurs vomissements.

Il y a donc lieu de penser qu'il s'est fait autour de la tumeur sanguine, un peu d'inflammation péritonéale. Toutefois ces phénomènes durent peu, puisque le troisième jour c'est-à-dire *le* 20 *mars*, ces symptômes ont presque totalement disparu. Pendant ces quelques jours la température s'est maintenue très-élevée, 39°,6 le matin et 40 le soir. *Le* 19 *mars*, la température atteint son maximum 40° le matin et 41°,2 le soir.

Le 20 *mars*, la température baisse d'une manière notable puisqu'elle n'est que de 38° le matin et 39° le soir. Ce même jour avec l'abaissement de la température coïncident deux nouveaux phénomènes : d'abord l'apparition de quelques gouttes de sang par le vagin, fait qui coïncide avec l'époque de la menstruation chez la malade (19 *ou* 20 *de chaque mois*) puis une attaque convulsive de nature singulière. Vers onze heures, subitement, sans avoir poussé aucun cri, elle est prise de contracture des quatre membres, surtout des membres supérieurs, qui se maintiennent dans la flexion. La tête est animée de mouvements de rotation de droite à gauche et

inversement, les yeux sont également agités de mouvements divers, la langue est projetée au dehors, pas de morsures ni de salivation ni de mousse. Le pouls est petit, précipité, les battements cardiaques sourds et rapides, il y a des faux pas du cœur.

Le 21 *mars* pas de crise analogue à celle d'hier, température de même que la veille.

22 *mars*. A sept heures et demie du matin, la malade est prise d'attaques épileptiformes à accès multiples séparés par une détente d'une durée variable. A neuf heures au moment de la visite, on la trouve dans *l'état suivant*: La perte de connaissance est complète, le visage pâle, les lèvres violacées, les yeux largement ouverts, les pupilles dilatées, les globes oculaires immobiles, les traits non déviés, la bouche entr'ouverte laissant voir la langue agitée de tremblement, sans projection au dehors. La tête subit un mouvement de rotation de droite à gauche, la respiration est rapide, stertoreuse (60 inspirations par minute) le pouls bat 120. Les membres supérieurs dans une flexion complète sont contracturés, les membres inférieurs sont dans l'extension et contracturés. A cette période de convulsions cloniques succèdent des convulsions toniques mais peu accentuées. Les membres supérieurs sont portés, toujours fléchis et contracturés, dans l'abduction, et la main raidie rencontre soit la face soit la poitrine qu'elle égratigne, puis survient une détente, les muscles se relâchent, la respiration devient plus lente, il y a des selles involontaires, et la malade reste sans connaissance et insensible.

Pendant cette crise convulsive, la flagellation de la poitrine déterminait dans le bras correspondant au côté frappé une exagération de la contracture.

Après une détente de quelques minutes, un nouvel accès reprend. Contracture des membres supérieurs, flexion exagérée des avant-bras et des poignets, rotation de la tête et du tronc de gauche à droite, extension et contracture des membres inférieurs ; coloration violacée de la face et des lèvres, pâleur exagérée des extrémités qui reprennent bientôt de la couleur tandis que la face devient pâle ; pas de mouvements cloniques, détente. La respiration devient extrêmement lente, (8 inspirations par minute) et se régularise enfin. Nouvelle crise un quart d'heure après.

Contracture analogue, suivie bientôt de mouvements de projection peu marqués du bassin et de petits cris ; les yeux sont fixes, les pupilles dilatées, il semble que la malade soit sous le coup d'une hallucination. Ces attaques se continuent jusqu'au lendemain matin séparés les unes des autres par des périodes de calme plus ou moins longues, mais pendant lesquelles la malade ne recouvre point sa connaissance, qu'elle ne reprend guère que le lendemain 23, vers sept

heures du matin après être restée 24 heures dans l'état que nous venons de décrire.

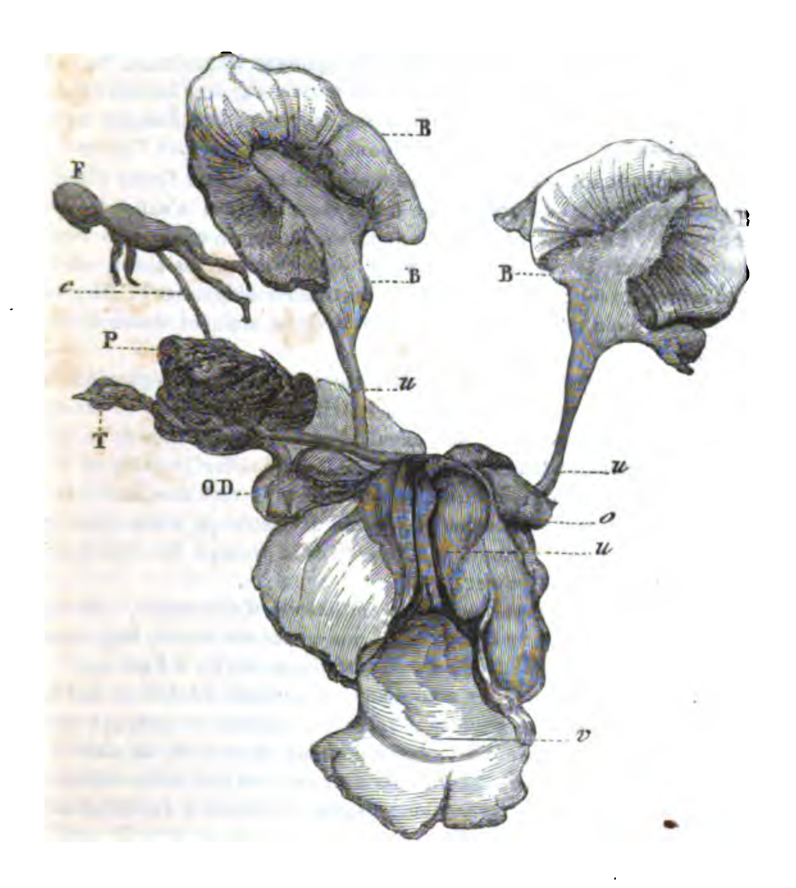
23 *mars*, vers neuf heures du soir, la malade est dans la résolution et paraît avoir sa connaissance, elle semble vouloir parler, mais ne peut le faire, vu son état grave; elle présente en effet un facies asphyxique violacé, la respiration assez lente fait entendre de gros râles trachéaux, râles qui existent dit-on depuis plusieurs heures, le pouls est petit, bat 90, la peau couverte de sueurs, la température est à 39°,5 ; cet état s'aggrave, et la malade meurt le soir vers neuf heures.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on voit que le grand épiploon descend jusque vers le pubis et adhère aux parties sous-jacentes, on le détache dans toute son étendue en décollant ses adhérences profondes. Au-dessous, on trouve une suffusion pigmentaire noirâtre qui occupe tout l'abdomen. Les anses intestinales agglutinées par des adhérences fibrineuses sont refoulées dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen, tandis que la partie sous-ombilicale est remplie par le caillot, l'utérus et ses annexes. L'utérus, dont le fond très-visible est singulièrement élevé et porté en avant, dépasse de trois travers de doigt le niveau du pubis. Il est accolé à la symphyse pubienne, contre laquelle il comprime la vessie, le bas-fond de l'utérus est recouvert par une partie du caillot fibrineux. De ses côtés partent les ligaments larges qui, par leur face antérieure, sont portés vers les parois antérieures et latérales du petit bassin ; la face antérieure des ligaments larges paraît normale. La tumeur sanguine offre un volume considérable, en haut elle s'étend jusqu'à deux ou trois travers de doigt de l'ombilic, plonge en bas dans le petit bassin entre le rectum et l'utérus, et latéralement se prolonge jusque dans les fosses iliaques, peu du côté gauche; mais du côté droit, elle occupe la région iliaque en grande partie.

La tumeur se compose : 1° de la poche ; 2° du caillot. La poche est formée par les organes voisins réunis par des dépôts fibrineux et des adhérences molles ; à droite par le cæcum, le côlon ascendant et la fosse iliaque ; en haut les anses intestinales sont refoulées, à gauche le côlon descendant et la fosse iliaque, en avant l'utérus et le grand épiploon ; dans le petit bassin les parois sont formées par le rectum. en arrière et l'utérus, et les ligaments larges en avant. Les parois de cette cavité sont lisses dans toute leur étendue, aussi on peut isoler le caillot de tous les côtés, sauf au niveau du ligament large droit, aux annexes duquel il semble adhérer plus intimement.

Le caillot se prolonge d'un centimètre à peine sur la face antérieure de l'utérus, sur les côtés et en avant, il ne passe pas sur la face antérieure des ligaments larges, qui est d'apparence normale. En arrière il refoule le rectum, sur les côtés il s'appuie sur les fosses

iliaques, mais surtout sur la droite ; il monte en haut jusque vers l'ombilic dont il reste éloigné de trois travers de doigt. La couleur et la constitution du caillot varient suivant les points où on le con-



U et V, Utérus et vagin ouverts par leurs parois antérieures.

OO, Ovaires. OD, Ovaire droit avec le corps jaune de la grossesse.

T, Trompe et pavillon de la trompe du côté droit.

PCF, Placenta, fœtus et le cordon ombilical. Placenta inséré sur le péritoine et en partie sur le pavillon de la trompe.

U et B, Uretères et bassinets distendus par l'urine.

R, Reins, Commencement de dégénérescence granulo-graisseuse.

sidère, et c'est en le déchirant couche par couche avec les doigts que l'on peut se rendre un compte exact de ces détails. A son extrémité su-

périeure et à gauche le caillot est brun jaunâtre assez résistant, élastique, fibrineux, il devint d'autant plus rouge et cruorique qu'on se rapproche de la superficie de la masse sanguine. Dans le voisinage de la trompe le caillot est brun rouge cruorique. Cette masse semble donc être le résultat de poussées sanguines successives, dont les plus récentes sont les plus rapprochées du ligament large droit. En continuant la dilacération du caillot, on arrive sur une tumeur molle élastique qui fait hernie à travers les dernières couches du caillot et s'affaisse en se vidant. On sectionne cette poche que l'on reconnait bientôt être une poche amniotique et on trouve un fœtus attaché par son cordon à un corps rouge foncé élastique qui n'est autre que le placenta. Le fœtus mesurerait dans sa longueur environ 5 *centimètres et demi*; le cordon grêle, mais encore assez résistant, offre 9 *centimètres* de long, et le placenta 2 *centimètres* d'épaisseur ; la grossesse doit donc remonter à peu près à deux mois et demi à trois mois.

Le pavillon de la trompe droite, qui offre une très-légère dilatation se confond avec la masse placentaire ; le corps de la trompe n'offre rien de particulier, son canal n'est pas obturé puisqu'on peut y faire passer facilement un stylet. L'ovaire offre le volume d'un petit œuf de pigeon ; vers une de ses faces, on voit une saillie très-nette ovalaire *de 2 centimètres et demi* de diamètre qui n'est autre que le corps jaune de la grossesse. L'ovaire et la trompe du côté gauche ne présentent rien à noter.

L'utérus, dont les parois ont 2 *centimètres* d'épaisseur, offre une longueur totale de 9 *centimètres*, sa muqueuse est rosée, légèrement injectée dans le corps ; il n'y a pas de *caduque visible à l'œil nu.*

La vessie est revenue sur elle-même, comprimée contre le pubis et contient 150 grammes environ d'urine. Le rectum est refoulé contre le sacrum. En réunissant tous les fragments du caillot, on arrive au poids de 800 *grammes*, ce qui permet, avec ce qui reste adhérent, soit à la trompe, soit aux parties voisines, d'évaluer à *un kilogramme* le poids de la totalité du caillot.

En détachant à droite et à gauche le caillot, on est frappé de rencontrer deux masses assez molles et fluctuantes du volume d'un œuf que l'on reconnaît être les uretères.

Par une dissection attentive, on voit en effet que du côté droit le bassinet offre un développement considérable, il a presque triplé de capacité, l'uretère du même côté est également considérable, il est environ quatre fois plus volumineux qu'à l'état normal dans sa partie supérieure, c'est-à-dire depuis son origine jusqu'au niveau du détroit supérieur, point sur lequel il se trouve comprimé par le caillot ; au-dessous il reprend son volume normal.

Le rein droit est à peu près de volume ordinaire plutôt plus volu-

mineux ; son tissu est assez mou, une coupe le montre anémié dans toute son étendue, la substance corticale est d'un brun jaune, mais sans diminution d'étendue, la substance tubulaire est injectée au niveau de quelques pyramides qui sont moins nettement délimitées qu'à l'état normal.

Les calices ont triplé d'étendue. Du côté gauche, disposition absolument analogue, mais à un degré moindre. Il y a donc eu là sans aucun doute un obstacle assez marqué *mais non total* à l'excrétion de l'urine.

L'urine contenue dans la vessie, prise et examinée après la mort contenait 6 grammes et demi d'urée pour 1000 ; et dans l'uretère droit 3 grammes et demi pour 1000.

Les autres organes ne présentent rien de particulier ; dans le cerveau il n'y a ni épanchement ventriculaire ni œdème.

Examen histologique des organes génitaux, fait par M. de Sinety. A l'autopsie on trouva, outre une énorme tumeur sanguine, un fœtus de 55 millimètres environ de long, relié par un cordon de 9 centimètres à un placenta qui mesurait 2 centimètres d'épaisseur (sur le point le plus épais). Le pavillon de la trompe droite se confondait avec la masse placentaire, mais la trompe elle-même n'offrait pas de dilatation et son canal n'était pas obturé. Nous étions donc en présence d'une grossesse abdominale, datant de deux mois et demi environ.

Placenta. — Sur des coupes antéro-postérieures du placenta, faites après durcissement et colorées au picrocarminate ou à la purpurine, on voit que cet organe présente une grande analogie avec les placentas, dans les cas de grossesse utérine. On distingue d'abord la couche la plus interne ou amniotique, se continuant avec une couche moyenne, composée de sinus sanguins et de villosités choriales dont un certain nombre contient des vaisseaux. Autour des villosités existe une couche de cellules, comme dans le placenta normal. Les auteurs, même les plus récents, ne sont pas d'accord sur la nature de ces cellules. Kœlliker, dans la dernière édition de son *Embryologie*, les considère comme des éléments épithéliaux (1). Ercolani leur fait jouer un grand rôle dans la physiologie de la vie fœtale et leur donne une origine maternelle, identique à celle des grosses cellules, dites cellules de la caduque (2). En se rapprochant de la surface, ces dernières forment des amas considérables ayant la disposition d'une couche presque continue. Cette couche est beaucoup moins

(1) Kœlliker. *Entwicklunggeschichte der Muscleu*' etc. Leipzig, 1876, p. 333.

(2) Ercolani. *Sull' unità del tipio anatomico della placenta*, etc. Bologna, 1877.

épaisse que dans un placenta de grossesse utérine à peu près du même âge. Mais les cellules ont le même aspect et les mêmes dimensions. Enfin, tandis que cette couche de grosses cellules constitue la partie la plus externe du placenta dans les grossesses utérines, ici, nous trouvons, tout à fait extérieurement, et formant par conséquent la couche la plus éloignée du fœtus, une bande de tissu fibreux représentant le péritoine, et dont les éléments paraissent n'avoir subi aucune modification. La vascularisation seule paraît un peu augmentée.

Si nous résumons les différences qui existent entre ce placenta et celui provenant d'un avortement à peu près du même âge, nous trouvons : 1° dans le premier, la couche externe fibreuse, qui naturellement n'existe pas dans le second ; 2° la couche des grosses cellules est plus mince dans le cas de grossesse extra-utérine. En outre, on ne trouve pas ces nombreuses lacunes non vasculaires, que j'ai considérées, avec tant d'autres anatomistes, comme des restes de glandes utérines hypertrophiées. Les faits que nous avons observés confirment de nouveau l'opinion que les grosses cellules de la caduque ne dérivent pas de l'épithélium utérin (1). Ces éléments sont peut-être formés en grande partie par des cellules lymphatiques, hypertrophiées sous l'influence d'un excès de nutrition. On sait, en effet, que si on injecte dans le péritoine des substances grasses émulsionnées, les éléments lymphatiques absorbent les granulations graisseuses, en augmentant considérablement de volume (2).

Utérus. — L'utérus, dont les parois ont 2 centimètres d'épaisseur, possède une longueur totale de 9 centimètres. Sa muqueuse est rosée, légèrement injectée. Sa surface est lisse et unie, si bien que, sans l'aide du microscope, on aurait affirmé qu'il n'y avait pas de caduque. Il n'en était pas de même sur les coupes examinées à un grossissement suffisant. Les glandes étaient très-légèrement hypertrophiées et infiltrées de petites cellules rondes, ainsi que toute la muqueuse utérine. Sur quelques glandes, on constatait le revêtement d'épithélium cylindrique normal.

Mais toutes les glandes ne se terminaient pas par une ouverture dans la cavité utérine. La couche glandulaire était doublée en certains points, à sa face interne, d'un tissu formé de petites cellules fortement colorées par le réactif (éléments embryonnaires ou glo-

---

(1) De Sinéty, *Etude histologique sur la cavité utérine aprè: la parturition. Archives de physiologie*, 1876, p, 342.

(2) L'idée que les grosses cellules du placenta sont, à l'origine, des globules blancs, a été déjà émise par Ercolani. Voy. *Della struttura anatomica della caduca uterina nei casi di gravidanza extra-uterina nella donna*. Bologne, 1874, p, 407.

bules blancs), au milieu desquelles étaient irrégulièrement distribués de nombreux vaisseaux sanguins. Cette couche atteignait de 1 à 2 dixièmes de millimètre d'épaisseur. La surface de la cavité utérine n'est nulle part revêtue d'épithélium se continuant avec celui des glandes, comme on l'observe à l'état de vacuité. On voit autour de quelques glandes un certain nombre de cellules à forme arrondie ou ovalaire n'ayant pas les caractères de l'épithélium, et mesurant jusqu'à 8 μ, tandis que les éléments ambiants n'ont guère que 4 μ. (Ces productions ont été figurées par Ercolani dans la planche annexée au travail que nous avons déjà cité.) (1).

Les faits observés dans cet utérus sont conformes à ceux décrits par Ercolani dans un cas de grossesse tubaire datant également de deux à trois mois. Il existe cependant une différence. Dans le cas d'Ercolani, l'ensemble de la caduque était beaucoup plus développé que dans le nôtre et les éléments avaient aussi des dimensions plus considérables.

Mais dans les deux observations d'Ercolani, dans celles de Duguet (2), de Conrard, de Léopold, où on a donné le résultat de l'examen histologique (3), on avait affaire à des grossesses tubaires, tandis que nous avions dans ce cas-ci une grossesse abdominale, et l'excitation qui agit sur la muqueuse utérine est peut-être plus directement active dans le premier cas? C'est ce que de nouvelles observations permettront seules de décider.

Trompes. — Les deux trompes étaient perméables et ne présentaient pas de différence appréciable de l'une à l'autre. L'épithélium était trop altéré pour permettre de constater s'il avait conservé ses cils vibratiles.

Ovaires. — L'ovaire droit, beaucoup plus volumineux que le gauche, présentait à sa surface une saillie ovalaire dont le plus grand diamètre atteignait 25 millimètres, et qui n'était autre que le corps jaune de la grossesse (4).

---

(1) Les faisceaux musculaires de l'utérus ne paraissaient pas augmentés de nombre ni de volume, pas plus que les fibres musculaires elles-mêmes.

(2) *Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines et en particulier de la grossesse tubaire*; par le docteur Duguet. (*Annales de Gynécologie*, t. I, 1874, p. 335.)

(3) Conrand und Langhans. *Tubensch-Waugenschaft* (*Arch. für Gynækologie*, 1876, B. 9), p. 335; et Gerhard Léopold; *id*, B. 10, p. 278.

(4) Ces dimensions sont celles données par Coste pour le corps jaune à cette époque de la grossesse. (Voy. Coste. *Histoire générale et particulière du développement des corps organisés*. Paris, 1847, p. 266.)

(Sur des coupes faites après durcissement, ce corps jaune ne mesurait plus que 15 millimètres.)

Sur les points de la surface ovarique, où les fausses membranes sont adhérentes, l'épithélium de revêtement de l'ovaire a disparu. Il a subsisté, au contraire, sur ceux où cette adhérence fait défaut. On le voit, même en certains endroits, se réfléchir et revêtir la face inférieure des fausses membranes. Celles-ci contiennent un assez grand nombre de granulations jaunâtres de nature graisseuse, les unes libres, les autres situées dans de grosses cellules.

Ces derniers éléments sont semblables à ceux dits du corps jaune ou de la caduque, et atteignent jusqu'à 20 et 24 μ. Nouvelle preuve qu'ils n'ont rien de spécifique et n'atteignent leurs grandes dimensions que sous l'influence d'un excès de nutrition, quel que soit le point où se rencontrent ces conditions hyperplasiques.

Dans ce cas-ci, nous avons une caduque intra-utérine composée de petites cellules (4 à 5 μ), tandis que les adhérences extra-utérines, formées autour du fœtus, sont constituées en partie par de grands éléments semblables aux cellules géantes dites de la caduque (20 et 24 μ).

Sur l'ovaire gauche on constatait un corps jaune arrondi de 4 millimètres de diamètre (après durcissement), ayant une constitution histologique curieuse. Sa structure indiquait que sa formation remontait à une période antérieure à celle de la formation du gros corps jaune de l'ovaire droit, qui, lui-même, n'était pas de date récente.

Je ne m'étendrai pas sur les détails histologiques de ces corps jaunes, ayant entrepris depuis longtemps une étude sur l'histologie de l'ovaire pendant la grossesse, dont j'aurai bientôt l'occasion de communiquer des résultats à la Société de Biologie. Il me suffira de dire aujourd'hui que le corps jaune résultant du follicule de Graaf qui a expulsé l'ovule fécondé, n'est pas le seul à présenter certaines modifications en rapport avec la grossesse. Cette influence se fait sentir sur d'autres corps jaunes plus anciens et même à une certaine période de la grossesse sur des follicules contenant encore leur ovule.

Je ferai observer, en terminant cette note, que chez notre malade, l'état de la menstruation n'avait subi aucune influence du fait de la grossesse. Le 19 février, les règles s'étaient montrées à l'époque ordinaire et le 20 mars, quelques jours avant la mort, on observait encore un écoulement de sang par le vagin. Ces écoulements de sang avaient donc conservé les caractères de véritables règles se montrant à époque fixe et ne peuvent pas être confondus avec les métrorrhagies signalées si fréquemment dans les cas de grossesse extra-utérine.

Il résultait aussi de l'examen des ovaires, qu'aucun follicule de

Graaf n'avait expulsé son ovule depuis le moment de l'imprégnation (1).

Réflexions. — Après avoir rapporté l'observation clinique de cette hématocèle, l'avoir fait suivre de l'examen histologique des organes qui avaient la principale part étiologique dans cette hémorrhagie intra-péritonéale, il nous reste à exposer quelques réflexions qui ressortent des faits ci-dessus énoncés.

Le lecteur aura été frappé certainement de l'abondance de l'hémorrhagie, du volume considérable de la tumeur et de l'anémie extrême de la malade.

L'abondance de l'hémorrhagie ne pourrait guère être expliquée qu'en supposant une étiologie spéciale. Aussi, après avoir démontré, dans une conférence clinique, les conditions de cette hémorrhagie, avions-nous été conduits à émettre l'hypothèse d'une grossesse extra utérine dont une hémorrhagie placentaire prouvait seule expliquer l'abondance extrême. Et cette hypothèse nous l'avions maintenue, bien que la malade nous eût répété plusieurs fois qu'elle ne se croyait point enceinte, et bien que depuis trois mois l'écoulement menstruel se fût manifesté aux époques normales. L'hémorrhagie intra-péritonéale s'était produite en plusieurs temps et à chaque retour hémorrhagique, on avait constaté de nouvelles syncopes. Dans les hématocèles ordinaires, de source ovarienne avec chute dans le péritoine d'un œuf fécondé ou non fécondé, le plus souvent l'hémorrhagie se fait en un seul temps et l'on n'observera point de syncopes répétées à plusieurs jours d'intervalle. L'autopsie devait confirmer l'hypothèse que nous avions émise d'une grossesse extra-utérine, car l'examen anatomique nous démontrait que, au milieu de l'énorme caillot qui remplissait le petit bassin et débordait dans les fosses iliaques, se trouvaient un fœtus et un placenta de deux mois et demi à trois mois. Le placenta seul pouvait avoir fourni une hémorrhagie aussi considérable; l'examen anatomique démontrait d'autre part

(1) Les deux ovaires ont été examinés au microscope dans tous leurs points, grâce à un très-grand nombre de coupes.

que l'ovaire droit renfermait un corps jaune d'une grosseur de deux mois et demi à trois mois, et l'ovaire ne présentait aucune trace d'une hémorrhagie récente.

Nous pensons donc que toutes les fois que l'on constatera une hématocèle remarquable par l'abondance et la répétition de l'hémorrhagie, et cela dans les conditions qui sont relatées dans notre observation, il conviendra de supposer qu'il peut exister une grossesse extra-utérine.

De plus, il ressort des faits consignés ci-dessus, qu'une grossesse extra-utérine péritonéale peut être accompagnée pendant plusieurs mois d'un écoulement menstruel abondant, bien que les hémorrhagies et les métrorrhagies aient été surtout notées dans les grossesses tubaires.

Il ressort encore de l'examen histologique que, dans de semblables conditions, la malade peut avoir un écoulement menstruel plus ou moins abondant, bien qu'il n'y ait pas d'ovulation à chacune des époques dernières; ce fait est bien établi par les recherches histologiques du Dr de Sinety.

Enfin, ainsi que l'a fait remarquer notre collègue, le Dr Duguet (1), les grossesses extra utérines ne s'observent guère que chez les femmes qui ont eu des grossesses antérieures, et les grossesses extra utérines, péritonéales ou tubaires sont toujours accompagnées de la formation d'une caduque intra-utérine.

Mais là ne se bornent pas les remarques que doit suggérer l'observation de notre malade. L'anémie avait été si grande que nous avions été sur le point de pratiquer la transfusion et, une fois conjurés, les dangers immédiats d'une hémorrhagie aussi abondante, nous croyions n'avoir plus à redouter que les accidents qui se montrent lors du ramollissement et de la résorption du caillot : péritonite locale ou généralisée secondaire, ouverture spontanée du foyer hémorrhagique et purulent dans le vagin, le rectum ou la vessie et l'infection putride qui peut être la conséquence du travail de suppuration et d'élimination de l'hématocèle. Et nous étions

(1) *Annales de Gynecologie*, avril et mai 1874.

bien loin de supposer que notre malade, qui, à aucune époque de son existence n'avait présenté d'accidents nerveux graves, devait succomber dans la période comateuse d'accidents épileptiformes.

L'autopsie nous démontra que ces accidents ultimes avaient eu leur étiologie dans une excrétion incomplète du liquide urinaire et peut-être dans une sécrétion incomplète des éléments excrémentitiels de l'urine. En effet, le caillot si volumineux contenu dans le petit bassin, avait comprimé les uretères au point de ne laisser passer que très-peu d'urine dans la vessie. Au dessus des points comprimés, les uretères étaient dilatés ainsi que les bassinets et les calices, il y avait là un commencement d'hydronéphrose double et l'analyse des liquides urinaires contenus dans les uretères dilatés ne contenait qu'une faible quantité d'urée. Si bien qu'il est permis de supposer que les reins déjà altérés dans leur structure par le fait de la rétention urinaire ne sécrétaient plus une urine normale par sa composition. Il est donc bien vraisemblable que la malade malgré l'élévation de la température qui était restée à 38° et 39° dans les derniers jours de sa vie, avait succombé aux progrès de l'intoxication urémique. Et cette urémie était elle-même la conséquence de l'obstacle, déterminé par la tumeur, au passage de l'urine des uretères dans la vessie.

Nous savons que semblables accidents urémiques ont été constatés dans les cas de compression des uretères par des cancers de l'utérus (1), mais nous croyons que l'observation que nous venons de rapporter est le premier exemple d'urémie déterminée par une hématocèle, et, quelque rare que puisse être une semblable complication, le clinicien devra en conserver le souvenir, à titre surtout d'élément de pronostic dans les hématocèles de volume considérable.

---

(1) *De l'influence de la compression des uretères sur la sécrétion rénale*, par P. Regnard. Société de biologie, mars 1877.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

LE PASSAGE DES LIQUIDES PAR LES TROMPES UTÉRINES N'A JAMAIS LIEU DANS LES CONDITIONS NORMALES.

Par le Dr Ambroise Guichard

Professeur suppléant d'accouchements à l'École de Médecine,
Médecin-adjoint de la Maternité d'Angers.

Dans une lettre publiée récemment, M. Bailly, s'étonne de l'opinion émise par M. Gallard, au congrès scientifique du Hâvre, sur l'impossibilité du passage, par les trompes, des liquides injectés dans l'utérus, et partant sur l'absence de péritonite aiguë due à cette cause.

M. Gallard avait appuyé son opinion sur les nombreux faits de sa pratique personnelle, et sur les expériences de son élève, le Dr Ambroise Guichard ; on permettra à l'élève de faire lui-même la réponse.

Comme le prouve la note de mon honorable contradicteur, a question des injections intra-utérines, traitée presque en même temps par mon ami le Dr Fontaine (*Etude sur les injections utérines après l'accouchement*, 1869), et par nous-même (*Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral*, 1870), ne semble pas complètement résolue pour tous les praticiens ; notre opinion, basée sur des centaines d'observations, est aujourd'hui absolument faite.

Arrivons au sujet de la discussion.

M. Gallard avait parlé d'injections *intra-utérines* dans les métrorrhagies symptomatiques de végétations de la muqueuse utérine, c'est-à-dire d'injections faites dans une affection utérine en dehors de l'état puerpéral. M. Bailly répond en publiant deux faits de péritonite aiguë, qui seraient survenus après des injections *vaginales*, chez de nouvelles accouchées ; dans

le premier cas, vingt-trois jours après l'accouchement, et dans le second, dix-sept jours.

Nous devons ajouter que la première malade put se lever le quatrième jour, et que la guérison de la seconde ne fut retardée que d'une semaine; l'une était améliorée dès le deuxième jour et l'autre guéric le cinquième jour. Si c'est une forme de péritonite aiguë spéciale à l'épanchement d'un liquide irritant dans les cavités péritonéales et venu de la matrice, il faudra avouer que cette péritonite est peu redoutable; pour nous, nous pensons qu'il faut attribuer à une autre cause les accidents présentés, et qu'entre eux et l'injection vaginale, il y a eu seulement simple coïncidence.

Des faits analogues ont été observés : M. Fontaine cite trois nouvelles accouchées, qu'il venait d'examiner et de trouver bien portantes, et qui furent prises sous ses yeux de péritonite suraiguë, en dehors de toute injection vaginale ou utérine; notre confrère explique ce brusque développement par la chute dans le péritoine de pus provenant d'une salpingite, laquelle serait survenue sans phlogose péritonéale.

Comme il est pour nous impossible de comparer les faits dissemblables de M. Gallard et de M. Bailly, nous allons résumer brièvement notre appréciation sur les injections utérines après l'accouchement et en dehors de l'état puerpéral.

Injections intra-utérines après l'accouchement. — M. Bailly dit qu'on ne peut conclure des expériences faites sur le cadavre à ce qui se passe chez la femme vivante.

Cependant si, sur le vivant, on emploie une force dix ou quinze fois moindre que celle nécessaire sur le cadavre pour faire passer le liquide par les trompes ; — si, sur le cadavre, on a lié le col de la matrice sur la sonde à injection, tandis que, sur le vivant, on s'assure au contraire du reflux facile du liquide injecté, on est en droit de ne pas craindre le passage du liquide dans le péritoine.

Jamais il n'a été démontré qu'après l'accouchement, les liquides ou les gaz contenus dans l'utérus soient la cause par leur passage dans le péritoine de péritonite suraiguë; la périto-

nite à une tout autre cause ; les liquides et les gaz trouvent au contraire une issue facile par le col largement ouvert, et situé dans une position déclive.

Nous estimons aussi que l'injection de liquides antiseptiques dans l'utérus est moins redoutable que la présence de gaz et de liquides fétides ; en effet, l'on a constaté l'absorption, par la surface interne de l'utérus, des liquides injectés (des malades ont ressenti rapidement le goût de lessive après l'injection d'une solution d'hypochlorite de soude, et ont éprouvé de l'ivresse après l'injection de solutions alcooliques, etc.); leur danger sera toujours moindre que l'absorption de détritus organiques.

Les faits cliniques démontrent que des centaines d'injections utérines ont été faites sans accident, et pour répondre à de nombreuses indications, par des observateurs tels que Chailly, Pajot, Tarnier, Hervieux, etc. ; — au contraire on a signalé leurs heureux effets, tels que *retrait* plus rapide de l'utérus, abaissement de la température de l'organe. Nous-même avons fait à la Maternité d'Angers et dans notre clientèle de nombreuses injections utérines d'eau alcoolisée et phéniquée sans le moindre accident, depuis le premier jour de l'accouchement et pendant les jours suivants ; quant aux injections vaginales, que l'on pourrait relever dans la pratique d'un certain nombre de nos confrères, on arriverait sans doute à en présenter un nombre incalculable qui n'ont été suivies d'aucune complication.

Injections intra-utérines, en dehors de l'état puerpéral. — Dans le travail que nous avons présenté sur ce sujet nous disions : « Nous n'allons pas jusqu'à nier que cette méthode de traite- « ment, qui se montre très-efficace dans certains cas bien dé- « terminés, ne puisse avoir quelquefois des conséquences fâ- « cheuses ; mais nous prétendons que certaines craintes, comme « le passage, par les trompes dans le péritoine, des liquides in- « jectés dans l'utérus, sont chimériques. » Cette opinion est encore pour nous plus absolue aujourd'hui.

M. Bailly avance que l'état physique des trompes utérines diffère notablement chez la femme vivante et sur le cadavre et qu'on aurait tort de conclure de l'une à l'autre.

Nous répondrons, en nous appuyant sur l'autorité de M. F. Guyon (*Étude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité*), que « chez le cadavre, la seule résistance opposée aux injections « est la rigidité propre des parois de l'utérus, rigidité qui « diminue par le ramollissement cadavérique ; donc les phé- « nomènes observés sur le cadavre ne sont pas assimilables à « ceux qui se passent pendant la vie, *mais ils ne sont que plus « démonstratifs.* »

Or M. F. Guyon a fait, avec de l'eau colorée avec de l'encre, des injections vaginales, après avoir préalablement lié le vagin sur la canule ; la cavité du col seule fut colorée dans une hauteur de 1 centimètre environ ; jamais le liquide ne pénétra dans l'utérus et à plus forte raison dans les trompes. Cette expérience contredit l'opinion de M. Bailly, qui avait été, comme on le voit, émise et réfutée avant lui.

Quant aux injections, faites directement dans l'utérus, nous avons vu dans nos expériences le liquide passer par les trompes, mais après avoir lié le canal sur le col, et après des injections forcées. Toujours le corps de l'utérus commençait à se dilater et devenait rénitent ; le passage par les trompes n'avait lieu qu'après la distension excessive de l'organe. Au contraire, si nous prenions un tube qui assurât la récurrence du liquide, le corps et les trompes ne se dilataient pas, et il n'y avait pas passage du liquide.

Sur le vivant, cette indication capitale, la récurrence du liquide, est facile à remplir.

Le seul obstacle au reflux du liquide se trouve à l'orifice interne du col ; or l'anatomie nous apprend que son diamètre est de 4 millimètres ; son calibre équivaudrait donc à un tube n° 12 de la filière Charrière ; aussi M. Gallard emploie-t-il des sondes du n° 10 et de numéros inférieurs 6, 7, 8, 9. Les sondes n° 10 ont les mêmes dimensions que la portion olivaire terminale des hystéromètres de Huguier et de Simpson.

Cette première précaution remplie, on a soin de faire avec de l'eau tiède le lavage de la cavité utérine ; ce lavage a de plus l'avantage de donner la mesure, la capacité de l'organe, par suite, d'indiquer la quantité de liquide médicamenteux que

la matrice peut contenir sans inconvénient. On juge que l'utérus est rempli lorsqu'on voit l'eau sourdre par l'orifice du col, la sonde pénétrant jusqu'au fond du corps utérin.

Pratiquées en suivant ces précautions, nous n'avons jamais vu les injections intra-utérines être suivies d'accidents et nous ne craignons pas le passage du liquide par les trompes.

M. Bailly réclame les vivisections et les expériences sur le vivant; nous allons citer un fait qui remplit amplement ces conditions.

Chez une malade, atteinte de fongosités utérines, qui a subi deux fois le râclage de la cavité utérine avec la curette de Récamier, nous avons pratiqué nombre d'injections intra-utérines antiseptiques, astringentes, caustiques, suivant l'indication à remplir : jamais elles n'ont été la cause d'aucune complication péritonéale.

Bien plus, plusieurs fois, nous avons observé que l'orifice interne se contractait sur la petite sonde n° 7 introduite dans le col; le liquide ne refluant pas, la malade accusait une sensation de tension. Nous retirions la seringue à injection, aussitôt le liquide était projeté à une certaine distance, et sa fétidité ne pouvait faire douter de sa provenance. Ce cas répond aux conditions d'expériences réclamées par M. Bailly, car nous avons : 1° injection d'un liquide dans la cavité utérine ; 2° absence de récurrence ; 3° contractions de l'utérus ; cependant nous n'avons pas observé le passage du liquide par les trompes.

Nous répétons que, dans de nombreuses injections intra-utérines, nous n'avons jamais observé de péritonites ; la seule complication a été peut-être d'augmenter l'acuité d'une métrite déjà existante ; ce n'est en somme que le résultat de toute injection irritante dans une cavité ou organe, quels qu'ils soient. C'est aussi l'opinion de Aran qui déclare que si l'on a vu des accidents graves et mortels, c'est en dehors de toute pénétration péritonéale imaginaire.

M. Bailly nous objecte que les spermatozoïdes et l'ovule cheminent dans les trompes ; mais les spermatozoïdes sont doués de mouvements propres, et pendant la fécondation, l'utérus et les trompes doivent se trouver dans un état physiologique et

anatomique particulier, que nous ne retrouvons pas dans des utérus malades.

Enfin Vidal (de Cassis) sur plus de 300 cas, Aran sur plusieurs centaines, n'ont jamais vu de péritonite. Nous qui avons suivi pendant deux années la pratique de M. Gallard et qui avons continué à faire des injections intra-utérines, nous n'avons jamais vu ce redoutable accident.

Quand il y a des accidents, il faut en rechercher ailleurs la cause : celle-ci existe dans des symptômes d'inflammation aiguë ou chronique, existant antérieurement, soit du côté de l'utérus et du tissu cellulaire péri-utérin, soit du côté des ovaires et du péritoine. Ces accidents seront donc évités, si l'on a examiné avec soin la malade.

Mais il ne faut pas confondre des phénomènes inflammatoires *vrais* avec des phénomènes nerveux réflexes : ce sont ces cas traités comme des péritonites, qui ont été, ainsi que le remarque Aran, *guéris* souvent par des traitements très-actifs qui étaient fort inutiles.

Nous espérons par ces quelques considérations, avoir réhabilité les injections intra-utérines de beaucoup de méfaits dont on les a accusées ; néanmoins nous pensons qu'elles sont un moyen de traitement énergique, et qu'elles doivent être réservées pour des cas pathologiques bien déterminés et faites après un examen minutieux de l'état des organes génitaux internes.

Enfin nous conclurons que les *injections vaginales* ou *intra-utérines* n'ont jamais *produit de péritonite aiguë due au passage par les trompes utérines du liquide injecté.*

Les cas rares de péritonite aiguë vraie, survenue après les injections, n'ont été qu'une coïncidence, et la péritonite doit être rapportée à une autre cause.

DE L'AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS (1),

Par le Dr A. Leblond.

Anatomiquement le col de l'utérus se compose de deux parties distinctes, l'une située au-dessus des insertions vaginales que l'on appelle portion sus-vaginale, l'autre saillante dans le vagin et qui est connue sous le nom de museau de tanche ou de partie intra-vaginale.

L'amputation du col est une opération qui a pour but de retrancher une portion plus ou moins considérable de ces parties. L'opération est pratiquée le plus souvent sur la partie intra-vaginale; cependant, dans l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, affection qui a été bien décrite pour la première fois par Huguier, qui a su la distinguer du prolapsus utérin, l'opération porte non-seulement sur le museau de tanche mais en partie aussi sur la portion sus-vaginale.

L'amputation du col de l'utérus est une opération délicate et toujours difficile; aussi exige-t-elle de la part du chirurgien une habileté manuelle considérable, et une connaissance approfondie des rapports de l'organe utérin avec les parties voisines.

HISTORIQUE.

Bien que l'amputation ait été pratiquée à une époque déjà éloignée de nous, c'est en réalité à Lisfranc qu'il faut attribuer l'honneur d'en avoir précisé les règles.

Elle fut pratiquée pour la première fois par Ambroise

(1) Mémoire lu au Congrès médical international de Genève et extrait d'un ouvrage en cours de publication et ayant pour titre : *Traité élémentaire de Chirurgie gynécologique.*

Paré (1), puis par Tulpius d'Amsterdam en 1652, et par Lapeyrouse en 1766.

Daniel Turner (de Londres), en 1736, rapporta l'histoire d'une femme aliénée qui, atteinte de prolapsus, pratiqua sur elle-même l'amputation du col saillant à la vulve, au moyen d'un rasoir, et qui guérit néanmoins (2).

Proposée en 1787 par Wrisberg elle fut exécutée en 1801 par Osiander dans 23 cas.

Nous arrivons ensuite à l'époque de Récamier, de Hervez de Chégoin, de Lisfranc, de Jobert (de Lamballe) et d'Huguier, qui tous pratiquèrent cette opération dans un grand nombre de cas.

Enfin, après avoir été quelque peu délaissée, elle a été remise en honneur et pratiquée avec succès par un grand nombre de chirurgiens de notre époque, parmi lesquels nous devons citer: MM. Courty, Léon Labbé, en France; Byrne (de Brooklyn), Gaillard Thomas (de New-York); Robert Barnes, Graily-Hewit, en Angleterre; Kehrer et Spiegelberg, en Allemagne.

DANGERS.

L'opération, bien qu'exposant à des dangers, a donné assez de succès entre les mains des habiles opérateurs que nous venons de citer, pour que nous soyons autorisé à y recourir dans les cas que nous ferons bientôt connaître.

Les hémorrhagies primitives ou secondaires, la péritonite, le phlegmon périutérin, la septicémie, le tétanos en ont été le résultat dans quelques cas, mais rarement à la vérité, comme le prouvent les statistiques déjà assez nombreuses que nous avons entre les mains.

Sur 97 amputations du col pratiquées par Lisfranc nous trouvons seulement 2 cas de mort (3).

Huguier sur 30 opérations n'a pas eu à enregistrer un seul

(1) *Œuvres d'Ambroise Paré*, liv. XXIV, p. 1012.
(2) *New-York méd. journ.*, vol. V, n° 5.
(3) Pauly. *Maladies de l'utérus*. Paris, 1836.

décès. Sims sur plus de 50 opérations rapporte un seul décès. Simpson sur 8 opérations, un seul décès, Spiegelberg (1), sur 60 cas d'amputation dont 53 ont été pratiquées par lui et dont 7 appartiennent à Langer, a constaté cinq morts. Gaillard Thomas (2) sur plus de 20 opérations, n'a pas eu un seul décès.

LE COL DOIT-IL ÊTRE AMPUTÉ A LA VULVE OU SUR PLACE?

Avant de passer en revue les diverses méthodes employées pour pratiquer l'amputation du col, il nous paraît utile de rechercher si l'organe doit être amputé après avoir été abaissé à la vulve ou au contraire sur place.

A ce point de vue les avis sont partagés. Les auteurs les plus recommandables conseillent l'amputation tantôt sur place, tantôt après abaissement préalable.

L'amputation à la vulve, préconisée par Lisfranc, Récamier, Jobert (de Lamballe), et la plupart des chirurgiens de la même époque, tend à être abandonnée de nos jours.

Spiegelberg (3) admet « que la première condition pour rendre l'opération innocente est d'éviter toute espèce de traction et d'amputer sur place, surtout quand il s'agit du carcinome. » M. Léon Labbé (4) et Byrne (5) suivent la même pratique.

Graily Hewitt (6) dit qu'il faut éviter autant que possible d'attirer l'utérus en bas.

Gaillard Thomas (7) admet la possibilité d'amputer à la vulve, mais il recommande de ne pas opérer de fortes tractions et d'éviter ces dernières si l'utérus n'est pas mobile.

---

(1) *Archiv. für Gynækologie*, vol. III, 1873, et *American journal of obstetrics*, août 1874, p. 292.

(2) *Diseases of women*, 4e édit., p. 630.

(3) *Archiv. für Gynæk.*, vol. VIII, 1873.

(4) *De l'emploi de la galvanocaustique thermique dans le traitement des tumeurs épithéliales du col de l'utérus.* (*Annales de Gynécologie*, t. I, 1874.

(5) *Electro-cautery in uterine Surgery*, New-York, 1873.

(6) *Diseases of women*, p. 550, Londres, 1872.

(7) *Diseases of women*, 4e édition, p. 631.

Sédillot et Legouest (1) acceptent l'opération à la vulve, si l'utérus est mobile, mais ils y renoncent dès que l'organe ne peut être abaissé.

On voit, d'après ces quelques citations, que tous les auteurs tendent à préconiser l'amputation sur place comme étant moins dangereuse, et s'ils la recommandent à la vulve, c'est à cause de la facilité plus grande du manuel opératoire.

Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur l'anatomie de la région et nous serons amené à conclure que l'amputation doit être pratiquée sur place.

ANATOMIE

Si nous passons en revue les rapports de l'utérus, nous voyons que le péritoine qui tapisse la face antérieure du rectum se replie en avant pour former le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin et venir tapisser la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin, dans une étendue de 12 à 15 millimètres, d'après Legendre et Sappey, mais quelquefois même plus bas. Du vagin, le péritoine se porte en haut pour tapisser toute la paroi postérieure de l'utérus.

En avant, la vessie est en contact avec la paroi antérieure du vagin, et avec le col dans presque toute son étendue. Ces deux organes sont séparés par un tissu cellulaire assez lâche qui permet des glissements et qui a suggéré à Jobert (de Lamballe) son procédé d'autoplastie par glissement pour le traitement des fistules vésico-vaginales,

Le péritoine recouvre toute la face antérieure de l'utérus et descend jusqu'au niveau du tiers supérieur du col pour se porter ensuite sur la surface de la vessie. Au point où il abandonne le col pour se porter sur la vessie, il forme le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.

Les bords latéraux de l'utérus et de la portion sus-vaginale

---

(1) *Traité de médecine opératoire*, p. 582.

répondent au tissu cellulaire interposé entre les feuillets des ligaments larges.

L'utérus jouit comme l'on sait d'une certaine mobilité qui lui permet, quand on le saisit avec des pinces, d'être attiré en bas et de descendre même jusqu'au niveau de la vulve. Mais ce mouvement de descente, qu'il soit spontané comme dans le prolapsus utérin ou produit par la main du chirurgien, ne s'obtient pas sans qu'il en résulte des changements importants dans les rapports que nous venons de mentionner.

Lorsqu'on implante une pince à griffes sur la partie intra-vaginale du col et qu'on attire l'organe à la vulve, le vagin se replie à la façon d'un doigt de gant et suit l'utérus dans son mouvement de descente de façon à venir le coiffer.

Si nous examinons alors ce qui se produit, nous voyons que le péritoine qui tapisse la face postérieure du vagin et qui lui adhère très-intimement est lui-même attiré en bas, qu'il s'insinue entre la partie postérieure du col utérin et le vagin retourné de façon à y former un cul-de-sac.

Si donc nous faisons porter l'amputation sur le col, au-dessus de ses attaches vaginales, la section produira l'ouverture de la séreuse péritonéale. C'est, comme on le voit, une lésion qu'on doit chercher à éviter à cause des accidents dont elle est habituellement l'origine.

En avant, le même accident n'est pas à redouter à cause du tissu cellulaire assez lâche qui réunit le col à la vessie et qui lui permet de glisser sans entraîner la séreuse. Ajoutons toutefois que ce glissement est limité et que la paroi vésicale inférieure peut suivre l'utérus dans son mouvement de descente et se trouver exposée à être ouverte si la section porte sur un point un peu élevé lorsque le col est abaissé à la vulve.

La figure ci-jointe (voy. fig. 1), qui représente l'utérus en prolapsus, permet de se rendre exactement compte de ces changements de position du péritoine et de la vessie.

Latéralement, le tissu cellulaire situé dans l'épaisseur des ligaments larges permet des glissements analogues. Si la section porte au delà des insertions du vagin, on tombe dans l'épaisseur du tissu cellulaire situé entre les feuillets des liga-

ments larges, accident qui n'expose pas à de bien grands dangers.

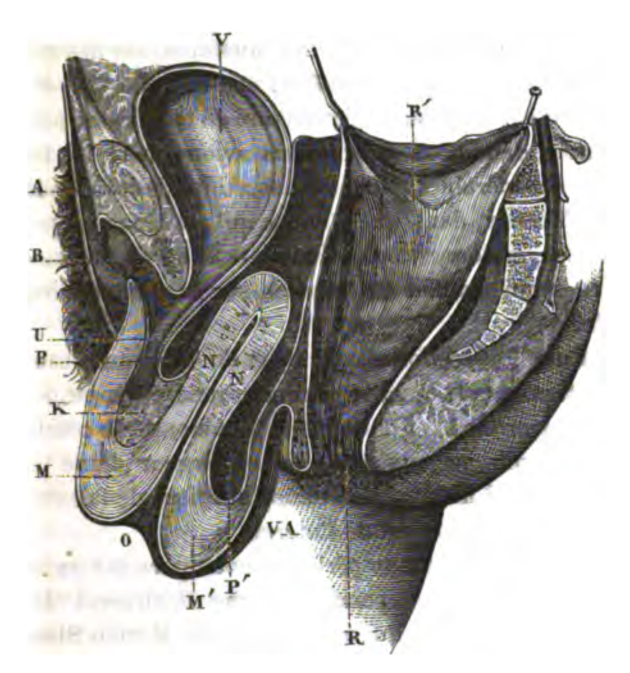


FIG. 1. — Coupe verticale antéro-postérieure de l'utérus et du bassin permettant de constater les rapports de l'utérus dans le cas de prolapsus complet (d'après l'*anatomie pathologique* de Cruveilhier).

A, Symphyse du pubis.
B, Orifice de l'urèthre.
K, Tissu cellulaire anté-utérin.
M M', Col utérin fortement hypertrophié.
N N', Corps de l'utérus.
O, Orifice du col.
P, Cul-de-sac péritonéal antérieur.
P' Cul-de-sac péritonéal postérieur.
R R', Rectum.
U, Portion de la vessie entraînée par l'utérus déplacé.
V, Vessie.
VA, Vagin retourné en doigt de gant.

L'ouverture du cul-de-sac péritonéal rétro-utérin est un accident qui s'est produit plusieurs fois déjà dans les mains de

divers chirurgiens. Nous verrons dans un instant quel degré de gravité il présente.

Il y a quelques mois, faisant des recherches sur l'amputation du col au moyen de l'anse galvano-caustique, sur des cadavres, sous la direction de notre excellent maître Gallard, nous avons été très-étonné de constater l'ouverture du cul-de-sac péritonéal rétro-utérin dans deux cas où nous avions opéré des tractions très-peu considérables. Nous avions abaissé le col à l'aide d'une pince de Museux, dans une étendue qui ne dépassait pas 3 à 4 centimètres, et nous avions placé notre fil de platine au-dessus des pinces qui avaient été laissées sur le col aussi haut que possible.

Le col une fois sectionné au moyen du fil galvano-caustique, nous pratiquâmes le toucher pour nous rendre compte de ce que nous avions produit, et nous fûmes tout étonné de constater au fond du vagin une ouverture de la largeur d'une pièce de 50 centimes, qui nous menait dans l'intérieur de la cavité péritonéale, en arrière du col de l'utérus.

Bien que cette lésion du péritoine nous paraisse un accident grave, elle n'est pas cependant suivie fatalement de mort, comme le prouve le cas qui a été relaté par Marion Sims (1), et ainsi qu'il semble résulter de la pratique de M. C. Braun (de Vienne). M. le Dr Alph. Herrgott nous a rapporté avoir vu cette ouverture survenir chez trois malades amputées du col par l'éminent professeur de Vienne, sans qu'il en résultât le moindre accident.

Il s'agissait de femmes atteintes de cancer du col, et chez lesquelles l'amputation avait été pratiquée au moyen de l'anse galvano-caustique thermique.

M. C. Braun, dans ces cas, considéra l'ouverture du péritoine comme peu importante, et se contenta d'appliquer au fond du vagin un tampon de coton trempé dans une solution de glycérine phéniquée.

Y aurait-il dans ces cas une sorte d'immunité tenant au procédé d'amputation employé? C'est ce qu'il est permis de suppo-

---

(1) *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, p. 242.

ser, en face des expériences qui ont été pratiquées par MM. Legros et Onimus, et dont nous trouvons la relation dans les Comptes-Rendus de l'Académie des sciences de 1873 (1).

Il résulte en effet des expériences pratiquées sur des rats et sur des chiens, par ces deux expérimentateurs, qu'on peut enlever sans danger une portion du foie chez ces animaux au moyen du couteau galvano-caustique. Les sections faites au galvano-cautère empêchent le sang de s'épancher dans le péritoine, et préviennent le développement d'accidents péritonitiques.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que l'ouverture du cul-de-sac péritonéal rétro-utérin présente des dangers, et qu'il est de notre devoir de l'éviter. Ajoutons toutefois qu'en face d'une maladie aussi grave que le cancer du col, laquelle doit se terminer fatalemement par la mort, nous n'hésiterions pas, appuyé sur la pratique de C. Braun, à nous exposer à l'ouverture du péritoine si, avec cette lésion, nous pouvions atteindre au delà des limites de la dégénérescence.

Appuyé donc sur l'autorité des auteurs modernes et sur les considérations anatomiques précédemment énumérées, nous sommes amené à conclure que l'amputation du col doit être pratiquée sur place.

DIVERS PROCÉDÉS D'AMPUTATION DU COL.

L'amputation se pratique de plusieurs manières :

Au moyen des ciseaux, du bistouri ou du thermo-cautère ;

— de l'écraseur ;

— de l'anse galvano-caustique.

Ces divers procédés ont des indications différentes, suivant la lésion qu'il s'agit de combattre. En étudiant chaque procédé, nous indiquerons sommairement les avantages et les inconvénients qu'il présente, puis, quand nous passerons en revue les

(1) *Extrait du compte-rendu hebdomad. des séances de l'Académie de sciences*, 1873, et *Annales de Gynécologie*, t. I, p. 75.

indications de l'amputation du col, nous ferons connaître le procédés applicables dans les diverses circonstances qui nécessitent cette opération.

A. — Amputation au moyen des ciseaux, du bistouri ou du thermo-cautère.

a. — *Amputation circulaire.* — La malade étant placée dans décubitus dorsal, on introduit l'index et le médius de la main gauche dans le vagin jusqu'au contact du col. Ces doigts servent à conduire une pince de Museux ou celle à articulations mobiles, représentée p. 47, fig. 13, que l'on implante sur le col dans deux points opposés, et qui sert à fixer l'utérus. Les doigts sont laissés au contact du col, et les branches de la pince de Museux sont saisis dans la paume de la main. On introduit alors dans le vagin, sur les doigts de la main gauche comme conducteurs, des ciseaux courbés sur le plat et à branches un peu longues, l'extrémité des ciseaux est dirigée sur le col au moyen des doigts restés dans le vagin, et la section est opérée lentement et par coups successifs.

Si l'on jugeait à propos d'attirer l'utérus à la vulve, il faudrait opérer ce mouvement de descente lentement et sans tractions violentes : dix à douze minutes et même plus, peuvent être utiles pour produire cet abaissement.

Une fois l'utérus suffisamment abaissé, on résèque le tissu utérin au moyen d'un bistouri droit, boutonné, porté au-dessus de l'endroit où la pince de Museux a été implantée.

Si la pince de Museux a été placée près du cul-de-sac vaginal, il est nécessaire que la section ne porte guère au delà de ce point, sans quoi on s'exposerait, en dépassant les insertions du vagin en arrière, à ouvrir la cavité du péritoine.

L'excision du col, au moyen des ciseaux ou du bistouri, donne lieu le plus souvent à une perte de sang abondante et qui nécessite parfois le tamponnement.

Pour remédier à cet inconvénient, le Dr Frederick Clark (de Brooklyn) (1) se sert de ciseaux courbes à mors dentelés, qui

(1) *New-York medical Record*, 29 mai 1875, p. 381.

ont pour résultat de mâcher les tissus au lieu d'opérer une section nette.



FIG. 2. — Ciseaux du Dr Clark pour l'amputation du col.

A cause des hémorrhagies que l'on observe à la suite de l'amputation au moyen des ciseaux ou du bistouri, Spiegelberg recommande de recouvrir la surface sectionnée de la muqueuse vaginale, comme on le fait dans le procédé de Sims, que nous allons bientôt indiquer. Cette précaution est excellente, sans doute, mais elle n'est praticable que lorsque le col est assez bas ou lorsqu'il peut être abaissé au moyen de tractions.

Il est nécessaire, après qu'on a ainsi amputé, de découvrir les tissus avec le spéculum et d'appliquer un tampon de coton imbibé de perchlorure de fer, en vue d'arrêter la perte de sang, toujours abondante, qui suit l'opération.

Le thermo-cautère porté au rouge sombre a l'avantage, sur les ciseaux et le bistouri, de mettre à l'abri des hémorrhagies.

b. — *Procédé de Sims* (1). — On fait coucher la malade préalablement anesthésiée dans le décubitus latéral gauche, et l'on applique le spéculum de Sims. On fixe un ténaculum à la lèvre antérieure du museau de tanche, puis on attire doucement le col en avant, et on le fixe fermement dans cette position. On fend alors le col de chaque côté, avec des ciseaux, jusqu'auprès de l'insertion du vagin, et l'on enlève rapidement la moitié antérieure, puis la postérieure (Voy. fig.3).

On traverse ensuite d'avant en arrière les bords de la plaie avec quatre sutures d'argent, deux de chaque côté du canal cervical (v. fig. 4),et, en serrant les fils, on amène la muqueuse

(1) *Notes cliniques de chirurgie utérine.* Traduction par Lhéritier, p. 245. Paris, 1866.

vaginale par dessus la plaie du col qu'elle recouvre complètement, sauf une ouverture ovale qui correspond à celle du canal cervical (voy. fig. 5), et l'on retire les sutures au bout de neuf ou dix jours.

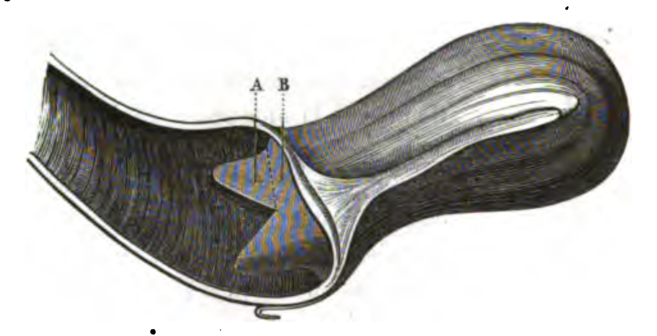


Fig. 3. — Procédé d'amputation de Sims ; 1er temps.

A, Portion du col destinée à être réséquée. — La ligne ponctuée indique le point où devra porter la section transversale.

B, Portion du col qui restera adhérente après l'enlèvement de la partie A.

Lorsqu'on recouvre ainsi la surface cruentée, on abrège de beaucoup la guérison.

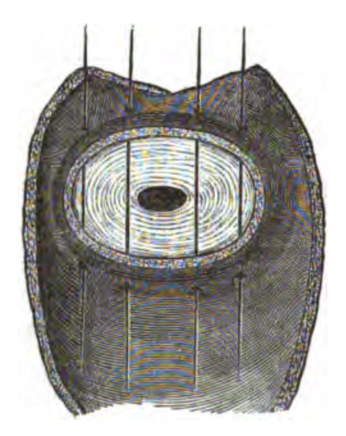


Fig. 4. — Procédé d'amputation de Sims; 2e temps.

Un des inconvénients de ce procédé opératoire est de donner lieu à un écoulement de sang abondant.

Quant à l'hémorrhagie secondaire, elle est peu à redouter, à cause des adhérences qui s'établissent entre la partie sectionnée et la muqueuse qui la recouvre.



FIG. 5. — Procédé d'amputation de Sims ; 3e temps.

c. — *Amputation conoïde*. (Procédé d'Huguier). (1). Cette opération n'est guère applicable qu'au cas d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, quand l'organe augmenté notablement de longueur est venu faire saillie à la vulve, entraînant dans son mouvement de descente, le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin en arrière et la paroi vésicale inférieure en avant. Il résulte de cette saillie spontanée du col à la vulve, que l'amputation est pratiquée sans qu'il soit nécessaire d'opérer la moindre traction.

L'opération consiste à retrancher non-seulement la partie sous-vaginale du col, mais encore une portion assez étendue de la portion sus-vaginale.

Voici comment Huguier pratiquait l'opération :

La femme étant couchée sur le dos, dans la position que l'on donne aux femmes pour l'examen au spéculum et le col étant saisi solidement à l'aide d'une pince de Museux, le chirurgien

(1) *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus. Paris*, 1860.

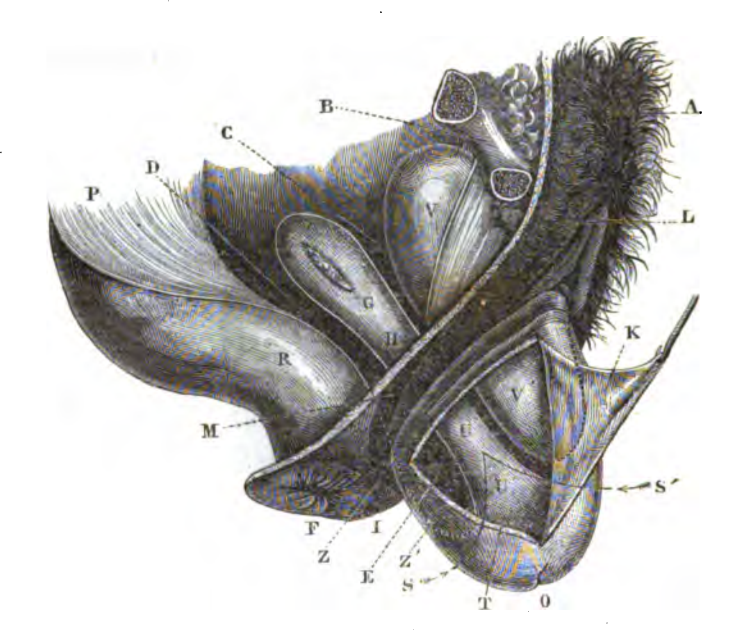


FIG. 6. — Amputation conoïde (d'après Huguier). — La figure indique les rapports de l'utérus.

A, Mont de Vénus.
B, Symphyse pubienne.
C, Cul-de-sac péritonéal antérieur.
D, Cul-de-sac péritonéal postérieur.
E, Partie inférieure de ce cul-de-sac.
F, Anus.
G, Corps utérin.
HU, Portion sus-vaginale du col.
I, Périnée.
K, Lambeau vaginal détaché pour montrer les rapports de la vessie, du col et des culs-de-sacs antérieur et postérieur du péritoine.
L, Grande lèvre.
M, Pli génito-crural.
O, Orifice du col.
PR, Rectum.
SS' Ligne indiquant la route suivie par le bistouri dans l'épaisseur du tissu utérin.
U', Partie inférieure du col.
V V', Vessie.
Z Z', Ligne ponctuée indiquant le trajet du cul-de-sac péritonéal postérieur.

introduit un doigt dans le rectum ; puis, le recourbant en avant, il le fait saillir au point le plus déclive de la tumeur. Se guidant alors sur ce doigt, afin d'éviter de blesser le rectum et le cul-de-sac péritonéal qui descend parfois très-bas, il fait en avant de ce doigt une incision semi-lunaire, à concavité dirigée en avant et en haut, qui embrasse la moitié postérieure du museau de tanche. Cette première incision a 3 à 4 millimètres de profondeur ; puis, par des incisions lentes et successives, il entame toute l'épaisseur du tissu utérin, en se dirigeant obliquement vers la cavité du col (voy. fig. 6).

Cette première partie de l'opération une fois terminée, on introduit dans la vessie une sonde d'homme dont un aide fait saillir le bec vers la partie la plus déclive de la vessie ; puis on pratique à un centimètre au-dessous de ce bec une seconde incision semi-lunaire, à concavité postérieure et dont les extrémités rejoignent celles de l'incision postérieure. Le chirurgien sépare ensuite, par une dissection attentive, la vessie du col dans une étendue de 4 centimètres environ ; alors, entamant obliquement le tissu utérin, en se dirigeant vers le canal cervical, la surface de section antérieure finit par rejoindre la postérieure.

La surface ainsi enlevée a la forme d'un cône dont la base répond à l'extrémité inférieure du col.

S'il s'écoule un peu de sang, comme il est assez difficile de porter une ligature ordinaire sur le tissu utérin qui est dense, Huguier traverse la partie qui laisse écouler le sang, à l'aide d'une épingle recourbée en forme d'hameçon, et sur laquelle il étreint les tissus comme on le fait lorsqu'on pratique la ligature d'un vaisseau à l'aide du ténaculum. L'épingle est laissée en place, après qu'on a eu soin d'en couper la pointe, jusqu'à ce qu'elle tombe d'elle-même, elle est alors retirée du vagin à l'aide d'un bout de fil qu'on a préalablement attaché à sa tête.

L'opération ainsi terminée, ce qui reste de la tumeur est réduit. Une sonde à demeure est introduite dans la vessie, une mèche de charpie est placée dans le vagin et maintenue à l'aide d'un bandage en T. Puis la malade est placée au lit. Dans le but de prévenir les inflammations consécutives, Huguier re-

commande avec grand soin, de faire la veille de l'opération et le lendemain, une friction sur les cuisses de la malade avec l'huile de croton tiglium, dans le but de provoquer une éruption dérivative du côté de la peau.

d. — *Procédé de Kehrer.* — M. Kehrer, professeur de gynécologie à la faculté de Giesen, a décrit récemment (1), la modification qu'il a apportée à l'amputation du museau de tanche, il désigne son opération sous le nom « *d'amputation cunéiforme des lèvres du museau de tanche avec deux lambeaux latéraux.* » Elle est destinée, selon l'auteur, à remplacer l'amputation circulaire et l'amputation conique ou infundibuliforme du col.

Voici le procédé de Kehrer dont nous devons la traduction à notre distingué confrère, le docteur Albert Puech (de Nîmes).

« Après avoir fait coucher la femme dans le décubitus abdominal latéral de préférence au décubitus dorsal, M. Kehrer saisit l'une des lèvres du col (de préférence l'antérieure); sur le milieu du bord, c'est-à-dire très-près de la muqueuse du vagin avec un crochet, ou si le tissu en est friable avec un fil qui traverse l'épaisseur de la lèvre et abaisse ensuite l'utérus en totalité aussi bas que possible. L'existence d'adhérences empêchant la descente de l'utérus est une contre-indication à ce procédé et dans ce cas l'auteur recourt à la galvano-caustique. Comme le spéculum ordinaire mettrait obstacle à ce premier temps de l'opération, M. Kehrer en a fait construire un spécial qui est beaucoup plus court et muni d'un manche coudé.

« La lèvre antérieure une fois fixée, on enfonce un autre crochet dans la lèvre postérieure, et avec un bistouri étroit et allongé, on incise le tissu utérin à partir de la muqueuse du vagin de façon à enlever une portion du col ayant la forme d'une pyramide triangulaire. La base de cette pyramide correspond naturellement à la surface du col et représente non pas exactement un V mais bien plutôt un U dont l'angle correspond au point où la muqueuse vaginale s'insère sur le col. Il en résulte deux lambeaux latéraux revêtus de la muqueuse utérine.

(1) *Archiv. für Gynækologie*, 1876, t. X, p. 31.

« Dans le cas d'allongement de la portion vaginale, on modifie le procédé en faisant porter les incisions sur les confins de l'insertion de la muqueuse vaginale, de telle sorte que les deux branches de l'U se réunissent à angle droit ou à angle obtus.

« Après la section du segment cunéiforme on touche les lambeaux avec une solution antiseptique et à l'aide de l'aiguille de Simon pour la fistule urinaire, on suture les deux lambeaux, et on fait une réunion aussi exacte que possible. Enfin on injecte un liquide avec deux pour cent d'acide phénique, injection qui est répétée les jours suivants.

« Les sutures sont enlevées du quatrième au cinquième jour.

« Par ce procédé on obtient une réunion par première intention, on arrête l'hémorrhagie, on enlève une portion considérable du tissu utérin et on conserve assez de muqueuse du col pour éviter le rétrécissement consécutif de cette cavité. Ce pro cédé est indiqué : 1° Dans l'hypertrophie excentrique du col de l'utérus avec tuméfaction exagérée ou ulcération de la muqueuse utérine ; 2° dans l'hypertrophie du cervix avec allongement de la portion-vaginale ; 3° dans le cas d'allongement de toute la portion vaginale ou d'hypertrophie polypiforme d'une lèvre. Enfin il est encore applicable au cancer alors qu'il est limité au col. »

Nous ne nous permettrons pas de juger définitivement le procédé de M. Kehrer que nous ne connaissons pas suffisamment, n'ayant pas eu l'occasion de le voir exécuter ; disons cependant que ce procédé, contrairement à l'avis de l'auteur, ne nous paraît guère convenir dans l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. Nous ne voyons pas trop comment les incisions qui fournissent deux lambeaux latéraux et qui ont une direction antéro-postérieure peuvent être assez profondes pour enlever une quantité suffisante de tissu utérin, sans intéresser le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin ou la paroi vésicale inférieure.

B. — *Amputation au moyen de l'écraseur.*

L'amputation peut être faite au moyen d'un écraseur courbe

à chaîne ou armé d'un fil métallique. Quand on a recours à ce dernier, il faut prendre un fil composé de plusieurs doubles dont la solidité plus grande est en rapport avec la résistance considérable du tissu utérin et qui peut être plus aisément manié en raison de sa rigidité moindre.

La femme étant placée dans le décubitus dorsal, on commence par appliquer une pince de Museux qui saisit le col transversalement et au-dessus de laquelle on applique la chaîne ou le fil métallique, en faisant passer la pince de Museux dans l'anse qu'ils forment à l'extrémité de l'écraseur.

En Amérique et en Angleterre, lorsqu'on se propose d'appliquer l'écraseur sur le col utérin, un met celui-ci à découvert au moyen du spéculum de Sims, la malade placée dans le décubitus latéral gauche.

Quelquefois on attire le col à la vulve pour faciliter l'application de l'écraseur, mais c'est une méthode qu'il faut, autant que possible, éviter à cause des dangers auxquels elle expose. Il convient alors de traverser le tissu avec deux aiguilles placées en croix et au-dessous desquelles on applique l'instrument. Avec cette précaution on n'a pas à craindre de voir le fil glisser et aller amputer au-delà du point que l'on a en vue d'atteindre.

L'amputation au moyen de l'écraseur est rarement suivie d'hémorrhagie, si l'on a soin de pratiquer la section avec assez de lenteur. Il convient donc lorsque les tissus sont très-vasculaires comme dans le cancer, où quand la base de la tumeur est pourvue d'artères très-développées. Huguier et Marion Sims ont accusé ce procédé d'être long et douloureux et de provoquer des syncopes et des troubles nerveux.

C. — *Amputation au moyen du fil galvano-caustique.*

L'amputation du col de l'utérus au moyen d'un fil de platine rougi par l'électricité semble entrer de plus en plus dans la pratique gynécologique, non-seulement à cause de la facilité de son exécution, mais surtout en raison des dangers moindres auxquels

il expose, comme le prouvent les faits publiés par Byrne (1), Léon Labbé (2), Gaillard Thomas (3), et un grand nombre d'autres chirurgiens.

Plusieurs procédés peuvent être employés. Nous allons les passer successivement en revue.

Premier procédé (procédé de M. Léon Labbé) (4).

La femme étant placée sur le bord du lit, dans le décubitus dorsal, le bassin fortement élevé, les cuisses maintenues par deux aides ou simplement les pieds reposant sur deux chaises, on fait écarter les grandes et les petites lèvres pour agrandir le plus possible l'entrée de la vulve.

Alors commence le seul temps difficile de l'opération, celui qui consiste à aller placer le fil de platine à la base du col utérin.

Le fil de platine qui doit être suffisamment long, 30 à 40 centimètres, est recourbé en anse et présenté par la convexité de cette anse à l'entrée de la vulve, et conduit le long de la paroi antérieure du vagin pour atteindre le cul-de-sac antérieur. A ce moment, les doigts indicateurs introduits dans le vagin, impriment au fil un changement de direction, de manière à donner aux deux branches de l'anse une direction perpendiculaire à celle du col utérin, et à les faire se rejoindre au niveau du cul-de-sac postérieur.

Ces diverses manœuvres présentent plus ou moins de difficultés, suivant mille circonstances : l'étroitesse plus ou moins grande du vagin, le volume variable de la tumeur utérine, la forme de cette dernière. Si elle est volumineuse, mais franchement pédiculée, lorsque son grand diamètre a été dépassé, le

---

(1) *Excision of the cervic uteri : its indications and methode* (*American journal of obstetrics*. juillet 1877, p. 520).

(2) *Annales de Gynécologie*, t. I, p. 165.

(3) *Diseases of women*, 4e édit., p. 633.

(4) *Annales de Gynécologie*, t. I, 1873.

fil va en quelque sorte se placer de lui-même; au contraire, si la tumeur représente plus ou moins un cône, dont la base répond à la portion sus-vaginale du col, on peut éprouver de sérieuses difficultés pour donner à l'anse une situation convenable, et l'on peut craindre, ce qui arrive alors souvent, de voir celle-ci glisser en avant et abandonner la tumeur au moment où l'on devra en opérer la striction.

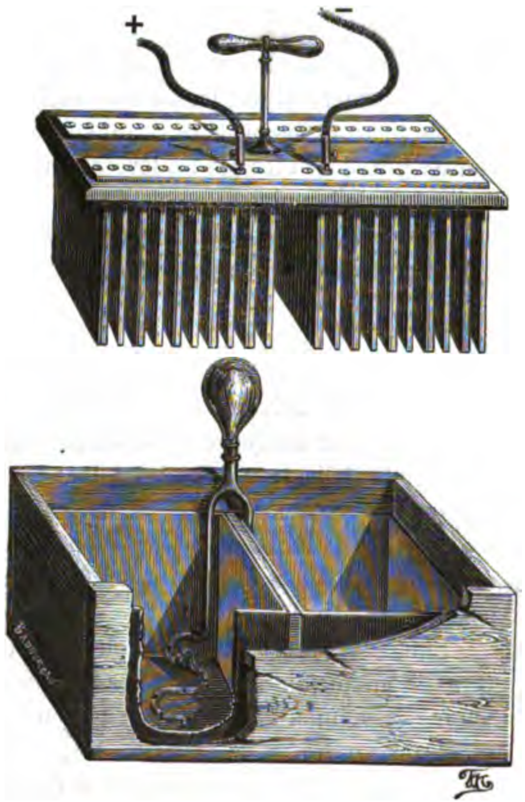


Fig. 7. — Pile galvano-caustique (modèle simplifié construit par MM. Biloret et Mora).

L'anse métallique une fois placée convenablement, les deux bouts de fil de platine sont adaptés aux tiges conductrices du galvano-cautère, puis fixés sur le treuil qui se trouve à la base

de l'instrument et à l'aide duquel on opère une certaine constriction du fil. On fait ensuite passer le courant d'une pile au bichromate de potasse (voy. fig. 7) et la section est opérée en serrant le fil lentement au moyen du treuil.

Le fil de platine doit être porté au rouge sombre, afin d'éviter les hémorrhagies.

En tout cas, une fois la section opérée, il convient d'examiner le moignon, et de toucher les points qui saignent avec le fil de platine ou le bouton de porcelaine portés au rouge sombre.

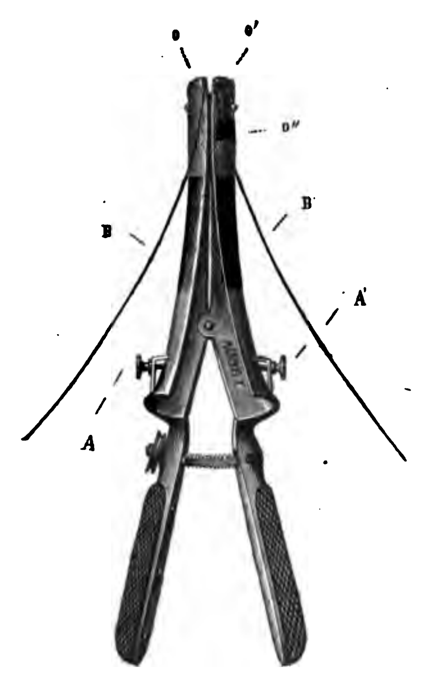


FIG. 8. — Spéculum porte-fil.

A A', Boutons destinés à faire mouvoir la plaque mobile qui maintient le fil à l'extrémité du spéculum.

BB', Fil de platine qui forme une anse en O".

OO', Extrémité utérine du spéculum.

Deuxième procédé (au moyen du spéculum porte-fil).

Ayant jugé par nous-mêmes des difficultés qu'on éprouve à

embrasser le col au moyen du fil de platine par le procédé qui a été préconisé par M. Labbé, nous avons recherché s'il ne serait pas possible de placer le fil pour ainsi dire automatiquement sur la base de la tumeur, et nous avons fait construire à cet effet, par M. Aubry, un spéculum spécial qui facilite considérablement ce premier-temps dans un certain nombre de cas spéciaux que nous indiquerons bientôt.

L'instrument se compose d'un spéculum bivalve de Ricord, à valves un peu larges à leur extrémité utérine. Ces dernières sont creuses d'une gouttière qui peut être transformée en canal à l'aide de deux pièces métalliques mobiles solidement appliquées contre la paroi interne de chacune des valves du spéculum. Chaque pièce est rendue mobile à l'aide d'une tige qui lui adhère et que font mouvoir deux boutons placés en AA' (voy. fig. 8) Avant d'appliquer le spéculum, il convient de l'armer d'un fil de platine BB', de volume moyen (1 millimètre au plus de diamètre), et de le disposer de façon à former une anse O", que l'on couche contre le spéculum et qui permet d'ouvrier les valves au moment voulu.

Ces particularités de l'instrument étant connues, voici comment il convient de procéder.

1er *temps*. (Recherche du col). — La malade étant placée dans la position requise pour l'examen au spéculum, le bassin fortement relevé, on va à la reeherche du col, comme on le fait avee un spéculum de Ricord ordinaire. Ce temps est quelquefois assez difficile à exécuter, à cause de l'écoulement sanguin qui se produit habituellement et qui vient gêner la vue. On éponge alors au moyen de boulettes de ouate saisies entre les mors de la pince à pansement utérin, puis, quand on arrive au contact du col, on ouvre les valves du spéculum, et l'on engage cet organe dans leur intérieur.

On relève l'anse de platine qui était couchée contre le spéculum à l'aide d'un petit crochet (voy. fig. 9), de façon à la porter vers la base du col. Le crochet est facilement dégagé en lui imprimant un mouvement de rotation sur son axe.

Cela fait, on introduit dans le col une pince à branches diver-

gentes, comme celle représentée fig. 10, de façon à attirer le col et à l'engager le plus possible entre les valves.

On confie alors les manches du spéculum à un aide, qui le maintient bien en place.

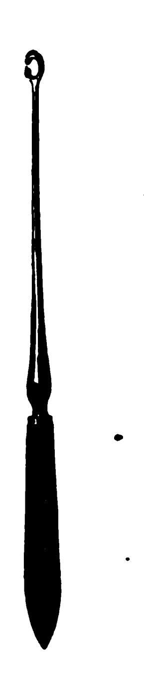


Fig. 9. — Crochet servant relever l'anse de platine couchée contre le spéculum.



Fig. 10. — Pince à branches divergentes destinée à être introduite dans le col afin d'engager fortement cet organe dans le spéculum.

2e *temps*. (Dégagement du fil de platine). — Lorsque le col est bien embrassé par les valves, on engage les deux extrémités du fil de platine dans les tiges conductrices du galvano-cautère, et on les fixe sur un bâtonnet d'ivoire en évitant qu'elles se touchent.

Le bâtonnet étant tenu de la main droite, et exerçant une traction modérée sur les fils de platine, de façon à ne pas déplacer le spéculum, on fait progresser à l'aide de la main gauche

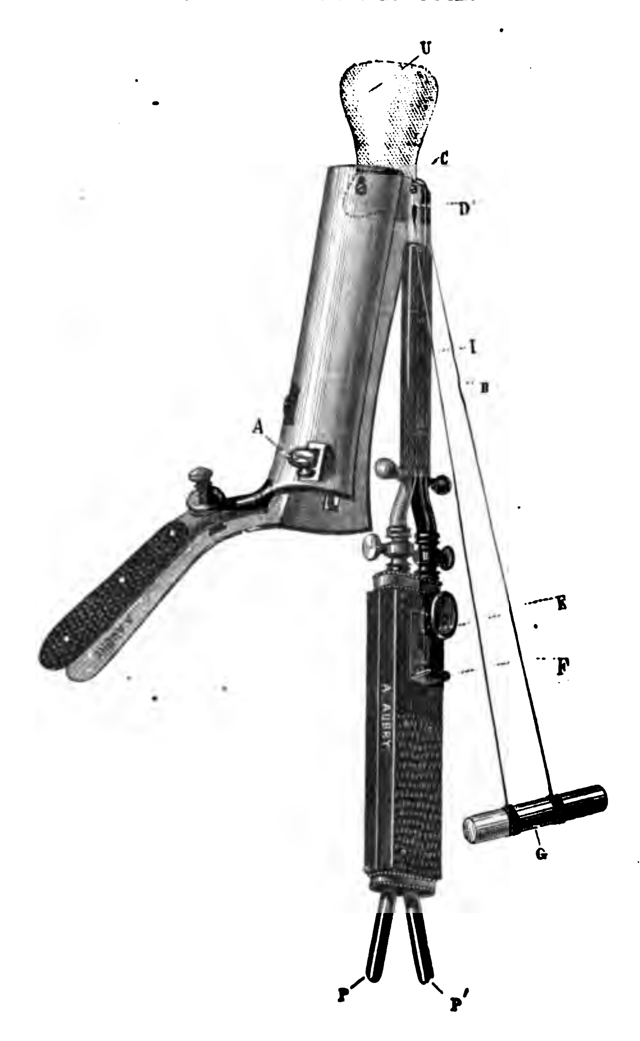


Fig. 11. — Dégagement du fil de platine.

A, Bouton servant à dégager le fil de platine.
B, Fil de platine.
C, Fil de platine vu au moment où il va contourner le col de l'utérus.
D, Fil de platine à sa sortie de la tige du galvano-cautère.
E, Bouton destiné à faire passer le courant.
F, Verrou destiné à faire passer le courant d'une façon continue,
I, Etui protecteur.
PP' Extrémité des tiges conductrices sur lesquelles on adapte les Rhéophores de la pile.
U, Utérus.

la tige du galvano-cautère jusqu'au point où les fils de platine émergent du spéculum.



FIG. 12. — Fil de platine après son dégagement.

A ce moment on desserre la vis du speculum, de façon que les valves en se rapprochant pressent fortement sur le tissu utérin.

Il suffit alors de charger un aide de faire mouvoir les boutons A A' (voy. fig. 8) pour que le fil de platine se trouve dégagé et vienne enserrer le col (voy. fig. 11). Le fil de platine, une fois dégagé (voy. fig. 12), on peut retirer sans difficulté le spéculum.

3e *temps* (section du col). Après qu'on a introduit le doigt dans le vagin pour s'assurer de la situation occupée par le fil, il ne reste plus qu'à opérer la section en faisant rougir au rouge sombre le fil de platine au moyen d'une pile au bichromate de potasse.

La section doit être faite lentement et sans exerecr de traction trop considérable sur le fil de platine, traction qui aurait alors pour résultat de déterminer la rupture de ce dernier.

Nous préférons la traction ainsi opérée à la main, à celle que l'on produit avec le treuil, dont la plupart des appareils galvano-caustiques sont munis, et qui ne donne pas aussi bien

que la main, la sensation d'une résistance vaincue à mesure que la section se produit.

L'opération pratiquée en se servant du speculum porte-fil présente parfois des difficultés qui tiennent :

1° A la quantité exagérée de sang qui s'écoule au moment où l'on va à la recherche du col ;

2° Au volume exagéré du col dans certains cas, et qui n'est pas en rapport avec les dimensions du spéculum ;

3° A la mollesse du tissu qui permet au fil de glisser sur le col, une fois que le spéculum est enlevé.

Les cas les plus favorables pour l'amputation au moyen du spéculum porte-fil sont donc ceux où le col n'est pas trop augmenté de volume, où il présente encore un certain degré de consistance, où il a la forme d'un battant de cloche et où l'écoulement de sang n'est pas trop abondant.

Troisième procédé. — (Au moyen de la pince à articulation variable.)

Lorsque le fil ne peut être placé au moyen du spéculum porte-fil ou au moyen des doigts, suivant le procédé de M. Léon Labbé, on peut avoir recours à la pince à articulation variable que nous avons fait construire chez M. Aubry, et qui permet de saisir le col d'une façon asymétrique, comme cela peut être nécessaire lorsque la dégénérescence occupe un point plus élevé d'un côté que de l'autre.

La pince, comme le montre la figure 13, présente cinq articulations différentes, en tous points semblables à l'articulation de nos forceps.

La pince peut être appliquée, les branches réunies, comme s'il s'agissait d'une pince de Museux ordinaire, ou au contraire chaque branche peut être insérée isolément sur des points différents du col et ensuite articulée. Dans l'un et l'autre cas, il ne faut jamais négliger de porter la pince sur le doigt introduit dans le vagin afin de lui servir de guide.

Une fois la pince mise en place, les branches de celle-ci sont

passées dans l'anse de platine préalablement fixée sur les tiges du galvano-cautère et le col est embrassé par le fil métallique au-dessus de la pince. Une fois le fil serré, on enlève la pince, et l'on opère la section, comme il a été dit précédemment.

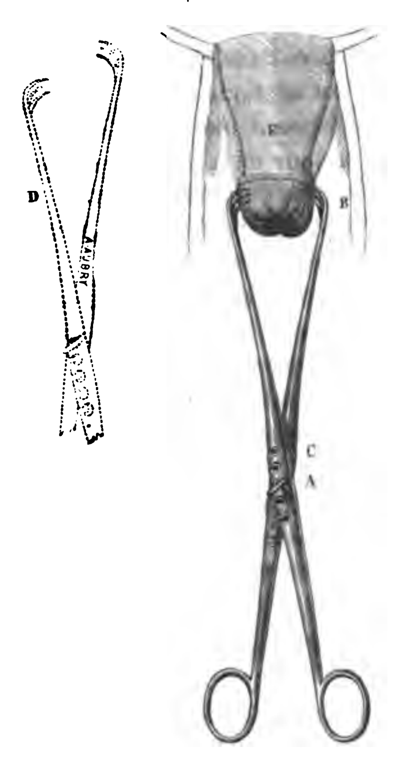


FIG. 13. — Pince à griffes à articulation variable.
A, Pivot.
BC, Branche mâle,
E, Utérus.
D, Les lignes ponctuées indiquent l'état d'asymétrie des branches.

Il convient d'enlever la pince, à cause des contacts qui pourraient s'établir avec le fil de platine, et qui auraient pour résultat d'empêcher le courant de rougir le fil.

On pourrait, si l'on devait laisser l'instrument en place, se servir d'une pince, dont les branches seraient isolées de façon à empêcher le passage du courant.

Nous verrions même à cela certains avantages, dont le plus important serait d'empêcher le fil de glisser.

Quatrième procédé (Au moyen du spéculum de Sims) (1).

La malade est placée dans le décubitus latéral gauche et le spéculum de Sims est appliqué.

Le fil de platine formant une anse à l'extrémité du galvanocautère, est placé autour de la base du col, et serré au moyen du treuil placé à la base de l'instrument.

Une fois ce fil bien appliqué, on le fait rougir avec les précautions recommandées précédemment.

Dans les quatre procédés de galvano-caustique que nous venons de faire connaître, nous n'avons eu en vue que l'amputation pratiquée sur place.

Quelques auteurs, mais en petit nombre, ont conseillé d'appliquer le fil de platine sur l'utérus préalablement abaissé à la vulve.

Nous pensons que cet abaissement doit être rejeté, puisque nous nous trouvons actuellement en possession de procédés qui nous permettent de l'éviter.

INDICATIONS.

L'amputation du col doit être faite dans des circonstances variables et pour remédier à des lésions diverses.

L'amputation a été pratiquée dans la stérilité par Sims, R. Barnes (2), Courty, lorsque le col hypertrophié et allongé met obstacle à la conception.

Dupuytren et Huguier ont rapporté des faits de conception à la suite de l'amputation du col. Scanzoni relate un cas dans lequel la fécondation eut lieu six semaines après l'amputation de la lèvre postérieure du col.

---

(1) Gallard-Thomas. *Diseases of women*, 4e édit., p, 633.

(2) *Traité clinique des maladies des femmes*. Traduction par Cordes. 1876. p. 95.

Dans l'hypertrophie simple du tissu utérin, l'opération de Sims est particulièrement applicable.

La méthode préconisée par Kehrer nous paraît dans ces cas pouvoir également être recommandée.

Quand l'une des lèvres seulement est hypertrophiée, la section ne doit porter que sur la partie qui est le siége de l'augmentation de volume; l'opération est alors partielle, et est pratiquée avec avantage au moyen des ciseaux et du bistouri.

Le Dr Laurent (de Rouen), (1) a pratiqué dernièrement l'amputation chez une malade atteinte d'hypertrophie de la lèvre antérieure, ayant déterminé une rétention d'urine résultant de la compression de l'urèthre par la partie hypertrophiée.

Dans les cas d'hyperplasie aréolaire, le Dr Noeggerath (2) préfère l'instrument tranchant aux autres modes d'amputation, à cause, dit-il, de la réaction plus grande qui suit leur emploi, et qu'il considère comme utile.

Dans l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col, c'est le procédé d'Huguier qui doit être appliqué. Nous avons dit précédemment pour quelles raisons nous rejetions alors le procédé de Kehrer.

Les autres procédés : amputation circulaire au moyen des ciseaux, de l'écraseur ou du fil de platine, conviennent plus particulièrement dans le cancer utérin. Ajoutons avec Byrne, Gaillard-Thomas, Léon Labbé, que c'est l'amputation galvano-caustique qui nous a toujours paru la plus favorable dans ces cas de dégénérescence. Elle expose moins aux hémorrhagies que les autres procédés et, s'il survient une perte de sang, il faut l'attribuer à ce que le fil a été porté à une trop haute température, accident qu'il est facile d'éviter.

Byrne (3), qui emploie ce moyen depuis huit ans et qui a pratiqué plus de deux cents amputations, en proclame haute-

(1) *Union médicale de la Seine-Inférieure*, 1874.
(2) *Virginia medical monthly*, juillet 1877, p. 366.
(3) *American journal of obstetrics*, 1877, p. 521.

ment les avantages. Quant à la rétraction cicatricielle qui peut être le résultat de cette opération, elle est rare, au dire de Byrne, et il ne faut pas l'attribuer à la galvano-caustie, car elle peut se produire aussi avec les autres méthodes.

De plus, si la section a porté un peu au-dessous du point envahi par la dégénérescence, on peut encore espérer la guérison, en cautérisant le moignon au moyen du bouton de porcelaine entouré d'un fil de platine, et rougi par l'électricité.

Un des grands avantages du galvano-cautère, c'est qu'il ne rayonne pas et qu'il ne détermine pas de réaction inflammatoire notable, lorsque le cancer n'a pas été enlevé dans son entier. Aussi, dans les cas où l'on n'a pas enlevé tout le tissu dégénéré, on ne voit pas la maladie accélérer sa marche fatale.

L'amputation avec le galvano-cautère peut être pratiquée dans le cancer du col de l'utérus, même quand on n'est pas sûr d'enlever tout le tissu dégénéré. C'est, du reste, l'opinion de Byrne (1) et de Goodell (2). On diminue ainsi les pertes de sang, et la malade se trouve améliorée.

Nous avons été témoin, dans le service de M. Gallard, à la Pitié, de deux opérations pratiquées dans de semblables conditions. Les malades éprouvèrent à la suite de l'opération un soulagement très-marqué, dû à la diminution de l'écoulement ichoreux et des pertes de sang auxquelles elles étaient soumises auparavant.

La cachexie cancéreuse, dit Goodell, ne contre-indique même pas l'opération non plus que l'immobilité de l'utérus. Cette immobilité peut en effet être le résultat d'une inflammation péri-utérine indépendante de l'affection cancéreuse. L'opération, dans ces conditions, produit toujours une certaine amélioration.

Dans le cancer, si on n'a pas recours au galvano-cautère, tous les auteurs sont d'accord pour conseiller l'emploi de l'écraseur, et pour rejeter les ciseaux et le bistouri, à cause de

---

(1) *American journal of obstetrics*, juillet 1877, p. 521.

(2) *Ibid.*, p. 522.

la vascularité très-grande du tissu qui expose à des pertes sanguines très-considérables. Si nous avions recours à l'usage des ciseaux, nous emploierions de préférence ceux qui ont été inventés par M. Clark et dont les bords tranchants sont armés de dents.

CONCLUSIONS.

Des faits que nous venons d'exposer dans ce mémoire, nous conclurons :

1° Que l'amputation du col doit être pratiquée sur place.

2° Que la méthode galvano-caustique est particulièrement applicable au cancer utérin, bien qu'elle puisse être également employée dans l'hypertrophie simple.

3° Qu'à défaut du galvano-cautère, c'est l'écraseur qu'il faut choisir surtout dans les cas de cancer.

4° Que les ciseaux sont préférables au bistouri quand on renonce à l'emploi du galvano-cautère ou de l'écraseur.

5° Que le bistouri ne doit guère être employé que dans l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.

REVUE DE LA PRESSE

L'OBSTÉTRIQUE EN 1875 ET 1876 (1).

Par le Dr Matthew D. Mann.

Dire tout ce qui a été fait dans le monde obstétrical pendant la période embrassée par ce rapport, serait manifestement impossible.

---

(1) Communication faite à la *New-York med. Journal association*, le 24 nov. 1876. Ce rapport comprend toute l'année 1875 et la première moitié de 1876. C'est un résumé, et non le travail complet, que je traduis d'après l'*Amer. journ. of obstetrics*. (A. Cordes.)

Le défaut de temps et d'espace m'a donc contraint à ne citer que les faits les plus saillants et à ne parler que des opérations et des méthodes de traitement réellement nouvelles. Pour plus de clarté, je dirai « nous », quand je parlerai moi-même.

Barnes (1) (*Phénomènes physiologico-pathologiques de la circulation chez les femmes enceintes*), croit avoir reconnu dans la grossesse un état particulier du sang, un accroissement de la tension artérielle et une disposition à la phlébectasie générale ou limitée, qui peut, dans certaines circonstances, amener des effusions sanguines. Ces épanchements sont salutaires ou funestes. S'ils se produisent à la surface d'une muqueuse, ils peuvent prévenir des hémorrhagies internes ou un avortement, ou empêcher cette gêne rénale qui a pour conséquence l'albuminurie et l'éclampsie. Les pertes utérines qui accompagnent l'avortement peuvent agir dans le même sens. Ces accidents, utiles quelquefois, peuvent cependant devenir dangereux par l'anémie qu'ils causent. Pendant la période sexuelle, les hémorrhagies doivent faire soupçonner une grossesse ou un désordre menstruel, et indiquent la saignée, les purgatifs, les alcalins, l'absence d'excitants, un régime diététique, la digitale, etc., pour diminuer la tension vasculaire dans les cas de grossesse.

Le diagnostic d'une grossesse récente est toujours peu aisé; les papilles du mamelon passaient pour un signe assez certain; mais Vedeler (2) conclut, de leur examen dans plusieurs centaines de cas, qu'elles n'ont, à elles seules, pas de valeur diagnostique. Elles deviennent saillantes s'ils s'en forment de nouvelles ou si les anciennes s'hypertrophient. Vedeler a examiné 60 femmes qui n'avaient jamais été enceintes, parmi lesquelles 55 n'étaient pas mariées, et sur ce nombre trouva 44 fois les papilles développées, 7 fois il n'en trouva pas; dans 3 cas, elles étaient aussi développées que chez des femmes enceintes. Les papilles ne manquèrent que 13 fois sur 100. Elles étaient, en revanche, invisibles chez 26 femmes enceintes, sur 334 examinées par Vedeler.

Cumming (3) a donné à la Société obstétricale d'Edimbourg quelques faits qui prouvent que le rhythme du cœur du fœtus intra-utérin n'est pas une indication certaine de son sexe. Sur 111 observations, les prédictions exactes ne dépassent les erronnées que de 13. De ses observations sur le poids des enfants, il conclut que les inexactitudes tiennent à ce que le rhythme cardiaque varie non-seulement avec le sexe, mais avec le poids, en sorte qu'une grosse fille peut avoir un

(1) *Bristish med. journ.*, 13 nov. 471.

(2) *Med. Rec.*, 15 janvier 1875, d'après Norsk, Maj. f. Tœq.

(3) *Ed. Med. Journ.*, sept. et octobre 1875.

pouls moins rapide qu'un garçon petit. Le rhythme cardiaque est un peu plus rapide chez les filles que chez les garçons. Quant au souffle utérin, il accepte l'opinion, généralement admise, qu'il se produit dans les vaisseaux utérins, et qu'il n'a pas de rapport avec le point d'insertion du placenta (1), ni avec les variations de la circulation placentaire.

Un grand nombre de *grossesses extra-utérines* ont été citées, dans ces derniers mois, sans doute grâce au progrès de la science diagnostique. Thomas a fait connaître une nouvelle méthode opératoire pour l'extraction du fœtus dans ces cas, et il rapporte un cas de succès. La malade avait une tumeur abdominale et de la douleur dans la région iliaque gauche. L'examen fit reconnaître, à gauche de l'utérus, un kyste aussi gros que la matrice, et descendant jusqu'au niveau du milieu du col. Cette tumeur présentait un corps solide qui ballottait dans son intérieur.

Voici comment fut faite l'opération : Le spéculum de Sims ayant été introduit pour écarter fortement les parois du vagin, Thomas fit avec le couteau galvanique une incision dans la paroi vaginale qu'il conduisit jusqu'au kyste. Il le ponctionna, et fit l'extraction du fœtus à travers l'ouverture. Il détacha une portion du placenta, mais il survint une hémorrhagie si violente qu'il fallut injecter du persulfate de fer en solution et remplir la cavité avec du coton saturé de fer et séché.

Le quatrième jour se manifestèrent des symptômes de septicémie; quand on eut enlevé le coton, on fit tous les jours des injections d'eau phéniquée. La malade finit par se remettre. Thomas croit qu'il a eu tort d'essayer l'extraction du placenta ; dans un cas semblable, il le laisserait sans y toucher. Cette opération montre bien le courage et l'honnêteté scientifiques de Thomas.

Thomas raconte aussi un autre cas de succès dans une grossesse extra-utérine. Le diagnostic ne put être précisé que lorsque *neuf* (?) litres (2 gallons) eurent été extraits et qu'on put sentir distinctement le fœtus. La grossesse durait depuis plus de neuf mois. Le fœtus fut extrait mort et le placenta laissé dans le kyste. Plusieurs semaines plus tard, la malade fut prise de symptômes fébriles et le placenta flottant dans l'abdomen fut extrait par une petite ouverture qui était restée béante. La malade se rétablit (2). Dresselhuys (3) rapporte un

(1) J'ai supprimé ici une analyse des opinions de F. Glénard, connues de nos lecteurs français, et de la discussion qu'elles ont soulevées à l'Académie de médecine. *Ann. gyn.* 1876, t. II, p. 42, 130, 204 (A, C.)

(2) *Amer. journ. of obst.* Octobre 1876.

(3) *Obst. journ.*, juillet 1874, d'après *Weekblad von het Nederlondseh Pijdschrift voor Geneeskande*, n° 21, 1875.

cas semblable dans lequel un abcès se forma, et la tête fœtale se présenta à l'ouverture.

L'ouvrage le plus complet, — le premier traité méthodique sur ce sujet, — est celui de feu S. Parry. C'est une étude soigneuse, appuyée sur de longues recherches, résumée par des conclusions claires et concises. Dans les cas de réplétion du sac, Parry conseille l'opération immédiate, qui peut nous rendre maîtres de l'hémorrhagie. Soutenus par l'exemple brillant de Thomas, nous ne devrions pas hésiter, autant que nous l'avons fait précédemment, à opérer aussitôt que le diagnostic est clair (1).

LÉOPOLD (2) a écrit un mémoire fort intéressant sur *la mort habituelle de l'œuf* et de son expulsion artificielle. Nous n'en donnons que les conclusions, car il est très-complet et fort long. La mort habituelle de l'œuf peut être due à plusieurs causes : 1. Syphilis des parents; 2. anémie ou dystocies maternelles; 3. maladies chroniques de l'utérus, irritation utérine, irritabilité organique générale; 4. hérédité; 5. modifications funiculaires ou placentaires. Le traitement doit être cherché dans l'écartement de la cause; l'accouchement prématuré sauve souvent l'enfant, et le moment précis où l'on doit le provoquer sera indiqué par l'état du cœur fœtal, l'histoire des grossesses précédentes et la cause probable de la mort prématurée de l'œuf.

La rétention d'un œuf mort a été l'objet de plusieurs travaux intéressants. M. CLINTOCK (3) dit que, dans la règle, lorsqu'un embryon succombe dans l'utérus, il est immédiatement expulsé; mais cette règle souffre de nombreuses exceptions, qui constituent des cas difficiles et embarrassants.

Une cliente de Montgomery, après une grossesse de deux mois, éprouva tous les symptômes d'un avortement. Elle continua d'avoir une perte irrégulière, et, subitement, après une course en voiture, fut prise de douleurs utérines et d'hémorrhagie; Montgomery la délivra d'un fœtus qui était demeuré sept mois dans l'utérus après avoir succombé. M. Clintock, Mundé (4), Jonhston (5), Ingleby et d'autres (6) ont rapporté des cas analogues. Étant admis le fait que l'œuf peut être retenu quelque temps après sa mort, il serait fort

---

(1) Ici se place la citation d'un cas de Polaillon (v. *An. Gyn.*, juin 1875) et des cas de Depaul, qu'il est inutile de rappeler à nos lecteurs (A. C.)

(2) *Arch. f. Gyn.*, vol. VIII, 2.

(3) *Obst. Journ.*, fév. 1875, p. 722.

(4) *Amer. journ. of obst.*, fév. 1876.

(5) *Amer. journ. of obst.*, fév. 1876.

(6) E.-P. Christian. *Penn. journ. of med.*, mai 1875.

intéressant de savoir combien peut durer cette rétention. M. Clintock incline à croire que sa limite est neuf mois (1); cependant il admet qu'il n'existe pas de raison *a priori* qui s'oppose à ce qu'un œuf soit retenu plus de neuf mois, tandis qu'un fœtus, succombant vers la fin de la grossesse, peut dépasser le terme; c'est ce qu'on appelle *travail perdu* (*missed labour*).

L'opinion de M. Clintock nous surprend, car, s'il s'était rappelé ses lectures, il aurait retrouvé bien des cas où la rétention ovulaire a duré plus de neuf mois.

Dans l'observation de Johnston, le travail ne s'est déclaré qu'au dixième mois, et Mundé a réuni plusieurs cas dans lesquels ce terme a été dépassé : une fois 10 mois, deux fois 11 mois, deux fois 12 mois, une fois 13 mois, une fois 17 mois et une fois 18 mois. On connaît des cas où l'utérus a expulsé des os fœtaux plusieurs années après la conception; dans d'autres, l'autopsie a fait découvrir dans l'utérus des os plusieurs années après la grossesse. Comme exemple nous citerons le cas où Camerarius (cité par Mundé) trouva un œuf calcifié, pesant 4 kilogr, renfermant un fœtus, dans l'utérus d'une femme de 94 ans. Ces cas suffisent à prouver que l'opinion de M. Clintock sur le terme de neuf mois est inexacte. La rétention ovulaire varie depuis quelques heures jusqu'à des années.

Braxe soutient qu'on a tort de croire, comme on le fait en général, que le fœtus est ordinairement expulsé aussitôt après sa mort, et qu'au contraire il est le plus souvent retenu quelque temps dans l'utérus.

Les changements que subit l'œuf *mort* ne sont pas nombreux. En général, ses tissus se momifient ou se dessèchent, et, si la rétention dure des années, ils se calcifient. Il peut aussi être entièrement résorbé ou se putréfier, se désagréger et sortir par morceaux.

Plus le fœtus est âgé au moment de sa mort, plus il est probable qu'il se décomposera. On attribue la conservation du fœtus à l'exclusion de l'air par les membranes, et à la propriété anti-septique du sel que contient le liquide amniotique. Quelquefois le placenta continue de s'accroître après la mort du produit ; il peut alors être plus volumineux que l'âge du fœtus ne le comporterait ; il peut même atteindre le développement d'un placenta à terme, tandis que le fœtus reste petit, et peut même disparaître.

La mort du fœtus peut dépendre de quelque état individuel, souvent d'une maladie funiculaire, et nous pouvons croire que cette mort est lente et graduelle. Il n'est donc pas possible de déterminer depuis quand un fœtus est demeuré dans l'utérus, à ne considérer que son

---

(1) Un cas de Braxton Hicks : extraction de l'œuf au bout du onzième mois (*Ann. Gyn.*, 1876, t. II, p. 270 (A. G.)

volume et son aspect, comme le prouvent la jeunesse apparente de quelques produits que l'on sait avoir été retenus longtemps dans l'utérus et l'absence de rapport entre la grosseur du fœtus et du placenta.

Cette question est importante pour la médecine légale. Le diagnostic est malaisé, car ces cas sont fort embarrassants. Nous sommes souvent obligés de nous en rapporter au dire des malades, qui souvent nous font tomber dans l'erreur. Le col est souvent mou, flasque, béant, et le corps utérin volumineux. L'existence d'une perte peut avoir une grande valeur, en indiquant la mort du fœtus. La thermométrie utérine nous promet beaucoup d'aide. Si, en mettant en œuvre toute notre habileté et notre science, nous ne pouvons pas formuler un diagnostic, nous ne devons pas nous décourager, car M. Clintock nous raconte qu'il a assisté à une consultation de cinq médecins distingués, dans laquelle on ne put décider si le fœtus était mort ou vivant.

S'il n'y a pas de perte putride, si la femme n'est pas épuisée par des hémorrhagies, il est probable que l'œuf sera expulsé sans perte grave, et que la malade se rétablira. Si le produit s'est putréfié, les chances d'hémorrhagie sont encore moindres, mais d'autres dangers sont à redouter. M. Clintock nous dit : « Je crois qu'on peut « poser ceci en aphorisme, que plus le développement du fœtus est « avancé, plus la rétention est dangereuse pour la mère. » Le traitement se résume dans l'expulsion immédiate du fœtus. Pour ce faire, nous pouvons dilater le col et donner de l'ergot ; quelquefois on peut faire de l'expectation et laisser aller le fœtus jusqu'à terme ; il est alors en général expulsé spontanément. Nous ne sommes pas autorisés à dilater le col, sans nous être assurés de la mort du fœtus. Les antiseptiques sont indiqués dans le cas de pertes putrides.

Dans notre dernier rapport, nous avons parlé du mémoire de Gervis (1), sur trois cas de rétroversion de l'utérus gravide, lu à la Société obstétricale de Londres. Dans la discussion à laquelle il donna lieu (2), un grand nombre de médecins parlèrent de cas de ce genre, tirés de leur pratique. Ailleurs, ce sujet a fixé l'attention des praticiens et Mundé (3), Campbell (4), Solger (5), E. Martin (6), A.-W. Edis (7) et Alb. Smith (8), nous ont donné d'intéressants travaux ; ils se sont

---

(1) *Obst. journ.*, déc. 1874. p. 579.
(2) Ibid, janvier, 1875, p. 649.
(3) *Am. journ. of obst.*, juin 1876.
(4) *Atlanta med. journ.*, mai, 1875.
(5) *Beitrage* 3, *Geb.*, W, 1.
(6) *Zeitschrift f. Geb. und Frauenkr*, I, nº 1.
(7) *Brit : med. journ.*, 26 déc. 1874.
(8) *Am. suppl. to obst. journ.*, avril 1815.

à peu près uniquement bornés à l'étude de la réduction. La *cause* généralement admise, est celle qu'a le premier indiquée Tyler Smith, une rétroversion *anté gravidique*. On l'a souvent vue apparaître après l'effort qu'exige le soulèvement d'un fardeau (1).

Martin regarde le diagnostic comme difficile. On peut confondre cette affection avec une hématocèle rétro-utérine, une grossesse extra-utérine, des tumeurs ou des dépôts rétro-utérins. L'examen vésical et rectal, et peut-être (Martin) l'introduction prudente de l'hystéromètre nous tirerait du doute. Barnes indique la saillie du périnée comme un symptôme qui, réuni aux autres, nous permet de poser un diagnostic certain. La rétention d'urine peut être un des premiers symptômes; mais si, comme dans le cas de Mundé, il se produit une flexion, le col ne presse pas sur l'urèthre, et l'urine n'est pas retenue dans la vessie.

Le pronostic est toujours favorable, pourvu que la malade s'adresse assez tôt à un médecin. Sur les quarante-huit cas cités à la Société obstétricale, huit furent mortels. La cause de la mort est souvent la gangrène de la muqueuse vésicale, suite de la distension prolongée.

L'un de ces cas se termina par la guérison, après exfoliation de toute la muqueuse vésicale; la vessie resta contractée, et la malade conserva une impossibilité de rester sans uriner, au-delà de quelques minutes. La mort est quelquefois dans ces cas, la conséquence d'altérations rénales, de *choc urémique* et d'épuisement.

Barnes regarde la rupture de la vessie comme une complication très-rare; il en est de même, à ses yeux, de la péritonite que l'on considère souvent comme une cause fréquente de mort.

L'avortement n'est pas rare dans la rétroversion; il peut se produire avant tout autre symptôme.

La première apparition des symptômes a lieu, en général, dans le milieu du troisième mois, ou au commencement du quatrième; dans le cas de Mundé, ce fut à la onzième semaine.

La question du traitement de la rétroversion a fait des progrès; c'est l'état de la malade qui décide s'il faut réduire l'utérus aussitôt qu'on a constaté son déplacement. Si la rétention a duré longtemps déjà, s'il s'est produit des modifications secondaires, si la malade est fort éprouvée, un grand nombre d'auteurs soutiennent qu'il faut vider

---

(1) Je crois avoir rencontré un cas de réduction produite par les cahots de la voiture, M. T..., me demanda un conseil pour sa femme enceinte de trois mois, qui présentait les symptômes d'une rétroflexion utérine. Comme Mme T. habite, à 12 kilomètres de Genève, je ne pus la voir le même jour, mais on me l'amena, le 22 janvier 1875; la malade me dit qu'après avoir souffert davantage au début du voyage, elle s'était senti subitement soulagée, à la suite d'un fort cahot. A l'examen vaginal, je trouvai tout en place, et un utérus à trois mois de grossesse. A. C.

la vessie, et laisser à la malade assez de temps pour se remettre avant de faire des efforts soutenus pour la réduction. D'autres auteurs, comme Gervis, prétendent qu'il faut faire le taxis aussitôt après l'évacuation de la vessie, parce que l'expectation nous exposerait à de nombreux accidents.

Si l'accident est récent, s'il n'y a pas eu de symptômes sérieux, nous pourrons essayer immédiatement de replacer la matrice. Dans la plupart des cas, cette réduction est peu malaisée ; mais quelquefois l'utérus paraît fixé dans sa position anormale.

Quand on repousse le fond utérin, soit avec le doigt ou avec un instrument mousse, introduit dans le vagin ou le rectum, il faut avoir soin de le diriger de l'un des côtés du promontoire, qui constitue l'obstacle à la réduction.

La méthode actuelle évite l'emploi des instruments ; la force nécessaire est demandée à la pression atmosphérique. Campbell, Mundé et Solger paraissent approuver cette méthode. Aveling et d'autres, à Londres, ont esquissé l'idée de l'influence que peut avoir la position et la pression atmosphérique, mais ils se sont arrêtés là (1).

Les trois observateurs que je viens de nommer ont, indépendamment et presque en même temps, émis la même idée.

Voici l'observation de Mundé, qui fait la contre-partie de celle de Solger : après des efforts infructueux, il plaça la malade *à la vache* (2); il essaya de déloger le fond utérin et de réduire le déplacement par la pression d'un doigt dans le rectum, aidée de l'attraction du col en arrière. Pour cela faire, il introduisit le spéculum de Sims, et repoussa le périnée en arrière ; il vit le vagin se gonfler d'air comme un ballon, et l'utérus se replacer soudainement. L'explication de ce fait est très-simple pour lui : la position de la malade attira, hors du bassin, les viscères abdominaux, supprima la pression intra-abdominale ou la *vis à tergo*, pour faire place à une aspiration, à une traction sur les organes pelviens, une sorte de *vis à fronte*. L'extension forcée du périnée ouvrit le vagin et y laissa pénétrer une quantité d'air, dont la pression avait, auparavant, affaissé le périnée, qui était attiré en bas par la pesanteur des viscères abdominaux, et qui, en pénétrant dans le canal, le distendit et réduisit l'utérus.

Solger attribue le même résultat, dans son cas, à la différence qui existe entre la pression intra-abdominale (100 livres) et la pression

(1) Le reproche esquissé par Mann n'est pas parfaitement équitable ; dans la suite de ses articles, commencées dans *Obst. journal*, juin 1875, p. 145, et continués plus tard (voy. *Obst. journ.*, vol. IV, p. 705) et non terminés, Aveling pose des règles pratiques pour les différents cas. A. C.

(2) Cette expression se trouve dans les livres étrangers, en caractères italiques je ne l'ai rencontrée dans aucun ouvrage français. A. C.

atmosphérique (plus de 100 livres), aidée par une pression intra-abdominale négative, égale, suivant Schatz, à 10 centimètres cubes, et par le poids de l'utérus.

Campbell soutient que « la condition indispensable, *sine qua non* de la réduction, est la pression atmosphérique, sans laquelle la position est presque sans effet.

Pour notre part, nous ne voyons pas, dans cette pression, l'agent tout puissant que les auteurs y ont rencontré. On nous pardonnera donc d'expliquer comment l'utérus nous paraît avoir été replacé dans ces cas.

Si nous plaçons une femme affectée de rétroversion dans la position *genu-pectorale*, le poids de l'utérus, c'est-à-dire la *gravitation*, et une aspiration, produite par la chute du contenu de l'abdomen en avant, et qui *tend* à produire un vide que l'utérus cherche à remplir, c'est-à-dire la *pression atmosphérique*, tendent toutes les deux à pousser ou à attirer l'utérus en bas et en avant vers l'orifice du bassin. L'organe est arrêté par deux causes : le frottement, qui peut être considérable, et la pression atmosphérique, car il ne peut tomber sans créer *un vide* derrière lui. La pression atmosphérique tend donc à le pousser en bas, avec une force égale au poids des organes abdominaux qui tirent sur le bassin, elle tend aussi à le maintenir en place ; cette dernière force est égale à la force de résistance des parois pelviennes et du périnée, aidée par le frottement, qui agit dans le même sens, elle est la plus forte et l'utérus reste immobile (1).

On peut m'opposer que la pression atmosphérique est de 15 livres par pouce carré, qu'elle doit donc avoir ici plus d'effet que je ne lui en attribue. Je l'avoue, mais sa partie active est tout juste égale à la force qui la combat, celle qui tend à faire le vide. Si, à ce moment, nous ouvrons le vagin, l'air y pénètre et les organes abdominaux tombent en avant d'une quantité égale au volume d'air qui est entré dans le canal. La gravitation peut alors avoir son effet et l'utérus peut tomber, sans que la direction de son axe soit changée. Mais l'admission de l'air dans le vagin ne satisfait pas la tendance des viscères à tomber en avant ; la tendance à la production d'un vide subsiste ; l'aspiration ou la pression, que supportait auparavant le périnée, s'exerce maintenant sur les parois vaginales qui s'écartent. De la position de l'utérus dépend la quantité de cette force qui s'exerce sur lui ; s'il était plus proche du périnée que le cul-de-sac postérieur, il peut être

(1) Cela n'est pas parfaitement exact, si le fond de l'utérus n'est pas fixé et tombe en avant. Je l'ai constaté, il y a quelques jours, dans un cas de rétroversion simple : la malade étant dans la position genu-pectorale, j'ai pu sentir le fond utérin, que je n'avais pu trouver au palper, dans le décubitus dorsal.

A. C.

poussé directement par l'air ; mais son mouvement est limité par les dimensions du vagin. Le col étant fixé par ses attaches vaginales, le fond peut maintenant être rejeté en avant, jusqu'à un certain degré. Si le frottement n'est pas trop considérable, l'utérus tombe en masse, et le fond, dans le cas de rétroflexion, est poussé aussi bas que le vagin le permet; mais cela ne suffit pas à sa réduction. S'il dépasse le détroit supérieur, le frottement n'existe plus, il glisse en avant, entraîné par son poids, les intestins mous et souples passent derrière lui. Il faut, sans doute, commencer par essayer cette méthode, à cause de sa simplicité et de ses chances de succès ; si elle échoue, la pression nouvelle directe devra lui être adjointe. Dans le cas d'un échec complet, Barnes indique l'aspiration du liquide amniotique, qui produira l'avortement (1).

Comme moyen *préventif de la rétroversion dans la grossesse*, Alb. Smith (*loc. cit.*) insiste sur la nécessité de la traiter avant la gestation. Il regarde comme nécessaire de faire porter un pessaire à la malade, pendant les quatre premiers mois de la gestation.

Il a remarqué que beaucoup de cas d'*avortements réitérés* sont dus à ce déplacement, et que souvent les malades perdent l'habitude d'avorter lorsque l'utérus est maintenu par un pessaire. Il a quelquefois observé une grande diminution des vomissements et des nausées, pendant que les femmes portaient un pessaire. Smith emploie l'instrument qui porte son nom, et qui est une modification de celui de Hodge.

(A suivre).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE.

Congrès annuel ouvert à Chicago, le 6 juin 1877.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

L'Association médicale américaine s'est réunie cette année, à Chicago, sous la présidence du Dr Bowditch. Un grand nombre de travaux, ont été présentés et discutés; mais nous n'avons à nous occuper ici que de ceux qui ont été présentés à la section d'obstétrique présidée par le Dr White, de Buffalo.

Note sur les affections qui nécessitent la dilatation de l'urèthre

---

(1) *Opérations obstétricales*, trad. fr., p. 237. A. C.

chez la femme, par le Dr Byrd. — L'auteur cite un grand nombre d'affections. C'est surtout dans l'ablation des tumeurs de l'urèthre et dans le traitement du ténesme vésical que la dilatation peut rendre des services.

Dans un cas de tumeur vasculaire de l'urèthre, dont l'ablation a été faite assez facilement à l'aide de l'écraseur, la dilatation a fait cesser le ténesme vésical consécutif.

Le Dr Jenks remarque que ces tumeurs doivent toujours être enlevées après dilatation préalable. Il n'est pas nécessaire d'employer des instruments compliqués pour arriver à ce résultat: il emploie simplement des bougies, dont il augmente graduellement le volume jusqu'à ce qu'il puisse introduire le doigt.

Le Dr Jackson, de Chicago, préfère l'emploi d'un très-petit spéculum qui sert à la fois à poser le diagnostic et à produire la dilatation lorsqu'elle est jugée nécessaire. Cette opinion est partagée par le Dr Marcy.

Extirpation de l'utérus, par le Dr Kimball. — Après avoir donné quelques détails historiques et commenté les observations de Péan et de Caternault, l'auteur se demande si l'opération est justifiable. Les résultats obtenus jusqu'à présent sont peu encourageants : sur 10 cas, 2 guérisons seulement ont été obtenues. La mort est généralement produite par le *shock*, l'hémorrhagie, la septicémie et l'inflammation.

L'auteur rapporte un cas qui lui est personnel. Il s'agit d'une femme qui lui fut présentée, il y a deux ans, avec une tumeur abdominale mobile, mesurant environ 20 centimètres de diamètre et qu'on pouvait facilement reconnaître comme un fibroïde interstitiel. Aucun traitement chirurgical ne fut jugé opportun à cette époque. La malade s'est présentée de nouveau deux ans plus tard, mais la tumeur avait changé d'aspect et le diagnostic précis ne put être établi. Elle réclamait avec instance une opération qu'on ne put lui refuser. Après avoir ouvert l'abdomen, le chirurgien trouva dans l'épiploon un nombre considérable de kystes dont le volume variait depuis un petit œuf de pigeon jusqu'à un pois. La masse kystique fut enlevée, ainsi que l'utérus ; le tout pesait environ 30 livres. La malade guérit et elle était complètement remise quatre mois après l'opération.

Sans condamner l'opération, l'auteur pense qu'elle n'est justifiable que dans un petit nombre de cas et qu'elle est souvent pratiquée à la suite d'une erreur de diagnostic.

Le Dr Martin rappelle une observation bien connue dans laquelle l'opérateur enleva l'utérus et ne s'en aperçut qu'après l'opération. La malade guérit.

Le Dr Smith, de Jowa, dit avoir extirpé l'utérus à la suite d'une erreur de diagnostic. On avait diagnostiqué un kyste ovarien et on

s'aperçut, après avoir ouvert l'abdomen, que la tumeur appartenait à l'utérus. La tumeur et l'utérus furent enlevés et la malade succomba le sixième jour.

Le Dr SIMS, de New-York, pense que cette opération ne doit pas être généralisée et qu'on ne doit y avoir recours que dans un petit nombre de cas. Il croit qu'on a souvent pratiqué l'hystérotomie lorsqu'elle n'était pas absolument nécessaire et il fait allusion aux cas de M. Péan. Il a lui-même pratiqué l'opération trois fois sans succès. Les deux premières malades sont mortes du *shock traumatique*, la troisième de septicémie.

Le Dr BYFORD, de l'Illinois, est d'avis que l'hystérotomie ne doit être considérée que comme une dernière ressource, alors qu'il n'existe plus aucun espoir de prolonger autrement la vie de la malade. Cette opinion est partagée par MM. Atlee et White.

De la kolpokleisis comme traitement des fistules vésico-vaginales, par le Dr BOZEMAN. — L'opération de la kolpokleisis a été proposée par Simon, de Heidelberg, dont la gynécologie déplore la perte récente. On sait qu'elle sert à pratiquer l'occlusion complète du vagin pour remédier aux fistules étendues.

M. Bozeman, après quelques considérations intéressantes sur ce sujet, conclut que cette opération n'est pas nécessaire et qu'il est toujours possible de remédier aux fistules vésico-vaginales, les plus étendues, sans priver la femme de vagin. L'auteur communique ensuite une série d'opérations de kolpokleisis qu'il a pratiquées à Heidelberg, avec le professeur Simon, et décrit son procédé de traitement de la fistulevésico-vaginale. Nous renvoyons nos lecteurs qui s'intéressent à cettequestion aux intéressantes communications qui nous ont été adresséespar MM. Berger et Bozeman et qui ont paru dans les *Annales* (Numéros de 1876).

Absence congénitale de l'utérus, par le Dr MARCY. L'auteur rapporte plusieur observations intéressantes. Dans un cas, il s'agit d'une femme de 29 ans, bien développée, mais ne présentant pas de poils sur le pubis et dans la région axillaire. Elle n'a jamais été réglée, mais elle présenta tous les mois des symptômes de rétention menstruelle. On trouve un vagin, mais l'examen le plus minutieux n'a pu faire découvrir aucun trace d'utérus.

Cette femme a deux sœurs plus jeunes, chez lesquelles on a pu également constater l'absence congénitale de l'utérus.

Dans un autre cas rapporté par M. Marcy, il n'y avait pas d'utérus, mais aucun symptôme ne pouvait faire supposer la fonction physiologique des organes génitaux.

Dans toutes les observations, l'instinct sexuel faisait défaut.

Le Dr WEBBER, d'Indiana, et le Dr WARNER rapportent chacun une

observation analogue. Dans celle du Dr Warner, il y avait en même temps absence de vagin.

Le Dr Sims a rencontré, dans sa pratique, 5 cas d'absence congénitale de l'utérus, mais, contrairement à ce qui a été observé par M. Marcy, il n'y avait pas de vagin. Dans tous les cas les femmes étaient bien développées et l'une d'elles était même d'une beauté remarquable. Il fut consulté par une de ces personnes qui désirait contracter un mariage, mais il ne put que donner un avis défavorable.

Relativement à l'instinct sexuel, le Dr Sims émet l'opinion suivante: « Depuis quarante-deux ans que je pratique la chirurgie gynécologique, *je n'ai jamais commis la faute de demander à une femme si elle ressentait l'instinct sexuel.*

Le Dr Dean, de New-York, appelle l'attention sur les erreurs de diagnostic qui peuvent être commises à ce sujet. Il cite le cas d'une jeune fille de 15 ans qui n'avait jamais été réglée. Le vagin était peu développé et se terminait en cul-de-sac. Tous les médecins de l'hôpital de Rochester avaient diagnostiqué une absence congénitale de l'utérus. Mais un examen plus minutieux fit découvrir une tumeur mal définie au-dessus de la symphyse pubienne. Une incision pratiquée à l'extrémité du vagin fit apercevoir le col utérin et donna issue à une certaine quantité de sang menstruel accumulé.

Le Dr Seymour, de New-York, rapporte un cas dans lequel l'utérus avait subi un arrêt de développement à la suite d'une fièvre scarlatine. Sans attribuer une influence directe à cette fièvre éruptive, il pense qu'elle pourrait bien ne pas être étrangère à l'atrophie utérine qui s'est manifestée.

Cette jeune fille n'était pas réglée et n'avait aucun instinct sexuel, ni sentiment de pudeur féminine. L'auteur eut l'idée d'éveiller la fonction de l'organe par des injections excitantes et il obtint un résultat. L'utérus se développa et la menstruation survint en même temps que les désirs sexuels. Mais M. Seymour n'eut pas, à un autre point de vue, à se féliciter d'avoir agi ainsi, car la jeune fille s'adonna ensuite à la prostitution, répandit dans tout le quartier des bruits diffamatoires sur son médecin, en faisant connaître, avec des interprétations fausses, les opérations qui avaient été pratiquées sur elle.

M. Seymour proteste ensuite contre les paroles de M. Sims et affirme qu'il n'y a aucune indélicatesse à s'informer si une femme éprouve des instincts vénériens. Il n'y a pas plus d'indélicatesse à s'enquérir sur ce sujet, qu'à examiner les organes sexuels, à la condition toutefois que le médecin ménage la pudeur et la modestie des malades.

Le Dr Parvin, d'Indiana, a également rencontré un cas, dans lequel l'utérus manquait totalement. Mais il appelle surtout l'attention des praticiens sur les cas où cet organe est tellement atrophié qu'on peut le considérer comme absent. Il arrive quelquefois que l'utérus présente

à peine le volume d'une petite noix et que le canal admet à peine l'entrée de la sonde. Ces cas ont une importance réelle, car ils sont susceptibles de traitement et il est quelquefois possible d'augmenter le volume de l'organe et de provoquer la fonction physiologique. Le cas qui vient d'être rapporté par le Dr Seymour en est un exemple.

Relativement aux instincts sexuels, M. Parvin ne peut que confirmer les paroles de M. Sims. Une semblable question lui semble des plus indélicates et il avoue qu'il ne saurait comment s'y prendre pour la poser. Quelle est donc la phrase, l'euphémisme, qui puisse permettre d'interroger une femme sur ses instincts sexuels ?

Le Dr White, de New-York, rapporte un cas des plus intéressants. Il a vu une femme mariée qui avait, antérieurement, consulté un médecin à cause des difficultés qu'elle éprouvait pendant le coït. Elle voulait être opérée et était persuadée que la chirurgie pouvait remédier à son état. Ce médecin s'est rendu à son désir et a pratiqué une ouverture artificielle qui a donné satisfaction au mari. Mais la malheureuse femme ne pouvait contenir son urine après cette opération et c'est alors qu'elle vint trouver le Dr White.

Celui-ci constata l'absence de l'utérus et du vagin, en même temps qu'une énorme fistule vésicale qui fut traitée et guérie par une opération autoplastique.

Le Dr White a remarqué que, en introduisant le doigt dans la vessie, il ne distinguait pas d'utérus, mais qu'il pouvait parfaitement sentir les deux ovaires.

Electrolyse des tumeurs utérines, par le Dr Cutter. — Le traitement des tumeurs par l'électrolyse, qui est aujourd'hui d'un usage général en thérapeutique, trouve parfaitement son application dans les tumeurs de l'utérus. Le Dr Cutter a imaginé un nouvel appareil à électrolyse qui constitue un perfectionnement notable. Ses électrodes sont introduits par le vagin, le rectum ou les parois abdominales. Il faut toujours qu'il y ait entre chaque électrode un intervalle de 1 ou 2 centimètres.

De la position pendant le travail, par le Dr Smith. — L'auteur est convaincu que la position de la femme pendant le travail a une grande influence sur la parturition. Il cite, à cet effet, des exemples d'obliquité latérale très-prononcée de l'utérus dans lesquels il a pu faciliter l'accouchement en plaçant la femme dans une bonne position. Comme règle générale il faut toujours rechercher les rapports qui existent entre l'axe de l'utérus gravide et l'entrée du canal et placer la malade dans la position la plus favorable à l'entrée du fœtus dans le bassin.

Tumeur du clitoris, par le Dr Parker. — Il s'agit d'une prostituée, âgée de 25 ans, qui était enfermée depuis trois ans dans un asile d'aliénés et présentait, sur le clitoris, une tumeur de la grosseur d'une orange. La malade fut éthérisée et la tumeur enlevée sans difficultés, à l'aide de l'écraseur. Le point le plus remarquable de cette observation

est que la malade cessa de présenter aucun symptôme d'aliénation mentale après l'ablation de cette tumeur. Elle mourut néanmoins peu de jours après, non des suites de l'opération, mais d'une occlusion intestinale.

De la sténose de l'utérus, par le Dr Marion Sims. — L'auteur donne d'abord quelques détails sur l'historique de cette affection et sur son traitement chirurgical. Simpson a, le premier, proposé une opération pour remédier à la sténose et il s'est efforcé d'en démontrer l'innocuité. Mais M. Sims reconnaît que cette opération est loin d'être inoffensive et il a pu s'assurer, pendant son séjour à Edimbourg, que Simpson lui-même avait quelquefois des accidents.

Telle qu'elle était primitivement pratiquée, l'opération consistait en une double incision faite de chaque côté du col à l'aide d'un métrotome. M. Sims, ayant rencontré un cas de rétroflexion extrême dans lequel la sonde ne pouvait être introduite qu'avec beaucoup de difficultés, il eut l'idée d'amputer la lèvre postérieure du col, qui était hypertrophiée. Telle est l'origine de l'opération qu'on désigne aujourd'hui sous le nom d'Emmet, et qui mériterait d'être désignée sous le nom de Sims.

L'auteur pratique l'opération de la sténose avec le bistouri. Lorsque les deux lèvres du col sont symétriquement développées, il pratique des incisions latérales ; lorsque la lèvre postérieure est allongée ou hypertrophiée, il pratique l'amputation ou des incisions plus profondes. Il faut ensuite maintenir la dilatation du canal utérin, si l'on veut obtenir une guérison permanente.

Plusieurs autres travaux importants, que le manque d'espace nous empêche de reproduire, ont été présentés à la section. Parmi les plus importants, nous citerons le rapport annuel sur les progrès de la gynécologie, qui a été lu par M. le Dr White, de New-York.

Le Congrès annuel de 1878 se réunira à Buffalo, en juin 1878.

Dr Lutaud.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Clinique médicale de la Pitié, par T. Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, officier de la Légion d'honneur, etc. 1 vol. in-8 de 635 pages. Paris, 1877. J. B. Baillière.

Le livre que M. Gallard vient de publier ne touche à la gynécologie que très-indirectement et par un petit nombre de côtés. Il est facile de voir que l'auteur des *Leçons cliniques sur les maladies des femmes* s'est efforcé d'exclure la gynécologie de ce volume, soit qu'il ait em-

ployé tous les documents qu'il possédait sur les maladies des femmes à la rédaction de son premier volume de leçons cliniques, soit qu'il les conserve pour la publication ultérieure d'un autre volume également consacré à la clinique gynécologique.

Cependant, en parcourant avec attention le livre du maître, nous avons pu découvrir quelques passages se rattachant plus ou moins directement à notre sujet et pouvant être cités dans ce recueil spécial. Telle est la Leçon XIV consacrée à la chlorose. L'auteur étudie spécialement cette affection dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire et s'efforce de combattre cette erreur, propagée par Trousseau, que, dans la phthisie, le fer est absolument contre-indiqué comme nuisible et dangereux.

La leçon XVII se rapporte à une question qui touche de près la pathologie infantile ; elle est consacrée à l'étude de la vaccine. Après un historique très-intéressant, M. Gallard expose avec cette clarté et cette précision dont il a le secret, les caractères de l'éruption vaccinale régulière et ceux de l'éruption anormale. Nous appelons particulièrement l'attention sur les passages consacrés à la prétendue syphilis vaccinale. Après avoir exposé un certain nombre de faits très-concluants, dont plusieurs étaient inédits, M. Gallard arrive à cette conclusion que la vaccine conserve toujours son intégrité, quelle que soit sa source, qu'elle provienne d'un syphilitique ou même d'un variolique.

Les autres leçons cliniques qui composent cet ouvrage portent sur les sujets suivants : dyspepsie par défaut d'acidité du suc gastrique, — ulcère simple de l'estomac, — rétrécissement de l'œsophage, — hépatite et abcès du foie, — traitement des kystes et abcès du foie, — bruits pleuraux perçus à l'auscultation, — anévrysmes artérioso-veineux de l'aorte et de la veine cave supérieure, — de l'aphasie, — crampe des écrivains, — impotence fonctionnelle, — taches et éruptions de la fièvre typhoïde, — intoxication par le sulfure de carbone chez les ouvriers employés à la vulcanisation du caoutchouc. — des maladies causés par le mercure, — troubles digestifs dus à l'alcoolisme.

Nous appelons particulièrement l'attention sur la première leçon, *leçon d'ouverture*, dans laquelle le professeur expose les principes généraux, le plan et la méthode de son enseignement.

« C'est sur la méthode de l'observation rigoureuse, nous dit M. Gallard, que doivent reposer toutes les études cliniques. C'est en vain qu'on a voulu se révolter contre les exigences qu'impose une telle méthode ; il faut les subir si l'on veut produire quelque chose de solide et de durable, et l'on peut prédire une existence éphémère à toute œuvre qui ne reposera pas exclusivement sur l'observation. Tout le monde est d'accord pour le reconnaître aujourd'hui, et lorsqu'on cherche à opposer l'expérimentation à l'observation, en laissant

à l'une le passé pour confier à l'autre l'avenir de la science, on établit entre les deux une distinction que rien ne justifie, car l'expérimentation n'est, à vrai dire, que l'un des modes d'observation; elle ne peut être utile qu'à la condition d'être rigoureusement observée, et ses résultats ne prendront rang parmi les vérités scientifiques qu'après avoir été pesés et comptés. »

Nous avons tenu à reproduire ces quelques lignes, non pas pour donner un aperçu de la manière littéraire de l'auteur, manière que nos lecteurs connaissent et apprécient depuis longtemps, mais pour montrer l'importance que nous attachons nous-même aux méthodes de l'observation rigoureuse qui doivent être appliquées à la gynécologie plus encore qu'à toute autre branche des sciences médicales.

Dr A. LUTAUD.

The mecanism of natural and of artificial labor in narrow pelves. (Mecanisme de l'accouchement naturel et artificiel dans les bassins rétrécis), par le Dr WILLIAM GOODELL, professeur de clinique des maladies des femmes et des enfants à l'Université de Pensylvanie.

Dans un mémoire présenté au Congrès international de Philadelphie, le Dr W. Goodell examine les conditions de l'accouchement naturel ou artificiel, dans les cas de rétrécissement pelvien.

Pour l'auteur un bassin dont le diamètre antéro-postérieur (*conjugué*) a moins de 104 millimètres est un bassin rétréci, car, quoique le diamètre bipariétal de la tête fœtale n'atteigne pas cette dimension, il faut tenir compte de l'épaisseur des parois utérines et vésicales qui restreint l'espace laissé libre par le passage de la tête. Un diamètre conjugué de 98 millimètres donne un accouchement difficile, et sur treize cas de ce genre, Dubois a dû trois fois faire la céphalotripsie ou la crâniotomie; dans des bassins dont ce diamètre avait entre 98 millimètres et 78, il a eu dix présentations du sommet et une de la face : deux de ces cas se terminèrent spontanément, deux exigèrent le forceps; parmi ces deux derniers, un des enfants succomba; sept fois, Dubois fut obligé d'employer le céphalotribe (*Diction. 30 vol. Art. Accouch. prématurés* (p. 427).

Baudelocque affirme qu'à peine un enfant à terme, sur 500, peut venir au monde vivant à travers un bassin de 78 millimètres. Joseph Clark, dans un travail qui porte sur 14,077 cas, dit « qu'un bassin de « 91 millimètres est le plus étroit qui, à sa connaissance, ait donné « passage sans morcellement à un enfant complètement développé. »

Goodell divise les déformations les plus communes en trois classes :

1° Le bassin plat, à diamètre conjugué rétréci et à élargissement transversal ;

2° Le diamètre uniformément rétréci (*æquabiliter justo minor*); étroitesse absolue de Velpeau avec la perfection des formes de P. Dubois;

3° Le bassin plat généralement rétréci, qui réunit les déformations des deux classes précédentes a des degrés divers. La variété la plus commune est le bassin plat dans lequel la déformation est limitée à la moitié postérieure du détroit abdominal. En pratique, la difficulté est *marginale*; elle est limitée à l'extrémité sacrée du diamètre sacro-pubien. Dans la deuxième variété, l'obstacle n'est plus marginal, il est étendu à toute la surface interne du canal pelvien. Dans la troisième, l'obstruction dépend de la prédominance du rétrécissement conjugué sur la coarctation transversale et *vice versa*; elle est donc marginale ou bien elle existe dans toute la longueur du canal pelvien suivant le cas.

Dans le bassin uniformément rétréci, le mécanisme du travail ressemble beaucoup à celui d'un accouchement naturel, mais la progression est plus lente. La tête s'engage dans l'un des diamètres obliques (Solagies), sans présenter l'obliquité latéral de Nœgelé; elle se fléchit fortement (obliquité de Rœderer), parce que la résistance est égale à tous les points, l'extrémité postérieure du levier représenté par la tête doit nécessairement descendre. Cette flexion commence plus tôt que dans un bassin normal, car elle est, dans le dernier cas, causé surtout par la résistance du col, situé plus bas que le plan du détroit supérieur. Le rétrécissement absolu étant rarement très-accusé, les fractures du crâne sont beaucoup moins fréquentes que dans les autres variétés de rétrécissement. Mais, quand elles se produisent, elles partent en général de la bosse pariétale et se continuent plus ou moins parallèlement à la suture sagittale, comme on le voit dans les cas de Lizé (*Union. méd.* 1860, p. 295), de d'Outrepont (*Journ. de Malgaigne* 1843. p. 41), et dans le cas de dépression du crâne, cité par Danyau (*ibid.* p. 49). Il faut cependant ne pas oublier que, tandis que les dépressions du crâne indiquent toujours la ligne qu'a suivie la tête, les fractures ne nous indiquent rien à ce sujet; elles peuvent rayonner en tout sens.

Voici le type du travail dans un accouchement par la tête lorsque le bassin est plat, ou présente un rétrécissement antéro-postérieur. Le derrière de la tête offre son diamètre bipariétal au diamètre conjugué, mais il ne peut pas s'engager. La résistance étant proche de l'occiput, la tête s'étend, et le front s'engage. A mesure qu'il descend, la suture sagittale, abandonnant l'obliquité de Solagies et celle de Rœderer, devient transversale: elle occupe le diamètre transversal du bassin, et les deux fontanelles sont sur un même plan. Le diamètre bitemporal, plus court et plus compressible (c'est-à-dire la portion supérieure et saillante de la région temporale la plus proche de

la suture coronale, atteint le diamètre conjugué, il s'y engage, poussé par la force de propulsion dont la direction a changé, et qui, n'étant plus perpendiculaire à la base du crâne, s'exerce en avant de la tête. C'est ainsi que la tête subit une dépression au point qui a dû se mouler sur le promontoire. C'est ce qui explique la fréquence des présentations de la face ; dans ces cas, la facilité avec laquelle le doigt atteint la fontanelle antérieure, tandis que la postérieure est malaisément accessible.

La résistance se trouve maintenant en un point plus voisin du front que de l'occiput, et celui-ci descend ; le diamètre bipariétal se trouve à droite et à gauche du diamètre conjugué. L'obstacle opposé par le rebord iliaque (la ligne innominée) à la descente de l'occiput force celui-ci à se mouler sur l'espace qui lui est offert; et il tend à repasser la tête vers le côté où se trouve le front. Ce déplacement est si accusé que, dans un bassin généralement rétréci, à diamètre transverse absolument raccourci, il faut ne s'arrêter que quand le front porte sur le côté opposé du bassin. Ce n'est donc pas le diamètre bicoronal ou bitemporal de la tête qui franchit verticalement le diamètre conjugé ; elle le trasverse suivant une ligne oblique partant de la proéminence placée près de la suture coronale, et se dirigeant vers la base du crâne, transmise à la résultante de trois mouvements : la flexion, la propulsion utérine, et le déplacement transversal qui vient d'être décrit, et qui se passe dans le diamètre bisiliaque du détroit. A mesure que la tête descend, elle se fléchit de plus en plus ; le bipariétal qui passe sur l'un des côtés du promontoire, se trouvera plus tard presque exactement au-dessous de cette saillie. Il faut se rappeler que, puisque les diamètres transverses du bassin sont allongés, la tête descend moins fléchie que dans un bassin normal, et que la rotation antérieure du sommet en est d'autant retardée.

La tête qui vient ainsi de « doubler le promontoire » suivant l'heureuse expression de Barnes, présente une dépression dans le point qui a porté sur le sacrum, et une saillie de compensation au point qui a passé contre le pubis; elle est réniforme. L'un des pariétaux chevauche sur l'autre; c'est en général l'antérieur. La dépression osseuse n'est pas, comme dans le cas d'un bassin uniformément rétréci, où le ventre plonge dès le début, située à l'une des extrémités du diamètre bipariétal, et plus ou moins parallèle à la suture sagittale, mais à la partie antérieure du pariétal et plus ou moins exactement parallèle à la suture coronale, quelquefois même à cheval sur cette suture.

Lorsque la disproportion entre le bassin et la tête est considérable, lorsque la tête est très ossifiée, ou présente la forme d'une balle, l'engagement est retardé. *Perchée* sur l'écueil sacré, la tête oscille et se balance à chaque mouvement du fœtus. La suture sagittale est en

général près du sacrum, la fontanelle postérieure est, suivant les cas en avant, ou en arrière du diamètre transversal ; elle est par moment au-dessus, par moment au-dessous du détroit; chaque contraction la fixe temporairement. Ce balancement ne dure habituellement pas longtemps; la région bicoronale se moule sur le diamètre conjugué et s'engage. Comme Ed. Martin l'a démontré (*Prager Vierteljahrs*, 1868, Band II, Analect. p. 76), on facilite l'engagement en faisant coucher la parturiente sur le côté vers lequel regarde le front. Le siége fœtal penche de ce côté, ce qui attire l'occiput au-dessus du détroit, et y fait pénétrer le front plus avant. Si ce phénomène ne se produit pas, la terminaison naturelle de l'accouchement sera indéfiniment retardée.

Le mécanisme qui vient d'être décrit n'étant pas généralement admis, l'auteur le discute, en ajoutant qu'il a de son côté des hommes de valeur. (Schrœder, Spiegelberg, Martin, de Haselberg, etc., et l'observation attentive des mouvements de la tête dans les cas de rétrécissement. Puis il cite des observations de Mlle Puéjac de Mme Lachapelle, de Siebold, de Carus, de Schöller, de W. Schmidt, de H.-A. Hirt, de Jorg, d'Osiander, de Budin, etc., qui viennent à l'appui de sa théorie.

Le mécanisme est presque le même, après la version, dans un bassin plat, ou dans un bassin dont le rétrécissement porte principalement sur le diamètre conjugué. L'extension partielle de la tête qui représente un coin rejette le diamètre bipariétal sur l'un des côtés du promontoire, et place dans le diamètre conjugué le petit diamètre bisauriculaire ou bimastoïde, c'est-à-dire la partie de la région temporale placée immédiatement en avant de l'oreille. Cela posé, quand on fait des tractions, si l'occipito-frontal est court, ou si la portion du bassin qui correspond à l'occiput est large, la tête passera dans le diamètre bisiliaque, dans une demi-flexion; la dépression qu'elle éprouvera sera verticale, elle ira directement du diamètre bi-auriculaire au bitemporal, parallèlement à la suture coronale, et tout près d'elle. Si la tête est trop grosse et le diamètre transverse du détroit rétréci, la résistance qu'il oppose à la descente de l'occiput tend à produire une flexion et un mouvement dirigé vers le côté où se trouve le front. La tête devrait donc obéir à la résultante de ces forces, c'est-à-dire suivre une ligne courant un peu obliquement de la partie antérieure de l'oreille ou depuis l'angle antéro-inférieur du pariétal à la voûte du crâne en arrière. Cette ligne se rapproche plus de la verticale que celle que suit la tête dans le cas d'une présentation du sommet, elle est plus proche de la suture coronale; elle lui est parallèle et quelquefois se confond avec elle. Le côté de la tête qui se pose sur le sacrum se creuse bientôt, il est fixé par le promontoire, et s'oppose au mouvement occipito-fœtal dont il a été parlé, tandis que les

points non comprimés, en faisant librement saillie, empêchent un allongement excessif du diamètre occipito-frontal. De plus, la pression sus-pubienne rejette la base du crâne au-dessus de l'angle sacro-vertébral, et fait tourner le côté de la tête qui touche au pubis autour du promontoire comme autour d'un pivot, et glisser sur la surface égale de la symphyse.

Ce qui précède démontre clairement que la version imite de très-près la nature; car elle fait engager la tête et lui fait franchir le diamètre conjugué suivant son plus court diamètre, au point de rencontre de quatre os flexibles, où convergent quatre larges sutures, où se trouve une large fontanelle toujours molle, où le chevauchement est le plus libre, et où la compressibilité est la plus grande. Puisque l'obstacle réside presque uniquement dans la marge du détroit supérieur, dès qu'elle est franchie, ce qui a presque toujours lieu avec un soubresaut, la descente de la tête ne présente généralement plus de difficulté. Elle se trouve en rapport avec de nouveaux diamètres, et le frottement de la large surface de l'occiput cause les mouvements nécessaires de flexion et de rotation. Il faut alors tirer dans la direction de la courbe pelvienne et finalement dans un sens perpendiculaire au corps de la mère. La version possède d'autres avantages mécaniques. Elle donne un secours extérieur: la traction, sans gêner en aucune façon le mécanisme naturel. La tête se présente, grâce à elle, par son diamètre bimastoïde de sa base, qui est le plus court, et franchit le diamètre conjugué suivant le diamètre bitemporal de la voûte qui est long, mais réductible; le cou s'engage par son tranchant. Le contraire se produit dans l'accouchement tête première; la tête s'engage par son diamètre bi-temporal. Par de fréquentes mesures prises peu après la naissance, je me suis assuré que la longueur moyenne du diamètre biauriculaire est 67 millimètres, et celle du bi-temporal 78 millimètres. Il faut donc restreindre l'application de la version aux rétrécissements du diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal; car, dans les autres sortes de rétrécissement, le mécanisme qui vient d'être décrit, si nécessaire au succès, ne pourrait pas se produire. Dans un bassin généralement rétréci, le diamètre bisiliaque serait probablement trop court pour donner passage à la tête, se présentant base première, dans une demi-flexion; et, si la tête est fortement fléchie, un diamètre plus long que le bitemporal viendrait sans doute s'arrêter au détroit. Puis le rétrécissement de tous les diamètres retarderait la tête à chaque effort, si bien qu'on ne pourrait guère éviter une asphyxie fatale. C'est donc au forceps qu'il faut demander de l'aide, dans ce cas. Comme corollaire de ce qui vient d'être dit, il faut moins de temps et de force, après la version, pour extraire une tête de grosseur moyenne hors d'un bassin plat, que pour extraire une grosse tête d'un bassin normal; car, dans

le premier cas, la résistance est marginale et limitée à un point; dans le second, elle existe tout le long du canal, et se retrouve à chaque instant.

Goodell passe ensuite à la pelvimétrie et parle de l'examen digital et des mensurations extérieures, qui lui fournissent des indications pour soupçonner un rétrécissement général, quand elles lui ont permis de constater la diminution du diamètre le plus court (l'antéro-postérieur). Mais, pour lui, le meilleur critérium est la position de la tête. Quand le rétrécissement porte uniquement, ou principalement sur le diamètre conjugué, l'occipito-frontal est parallèle au diamètre transverse du bassin, et la fontanelle antérieure est basse. Cette position indique un rétrécissement conjugué et une amplitude (l'auteur ne dit pas si elle est relative ou absolue) transversale du détroit. Si le rétrécissement est général ou si le rétrécissement transverse prédomine la tête restera élevée et fortement fléchie; ce qui vient de ce que la résistance est également répartie, et de ce que le bras le plus court du levier occipito-frontal est forcé à descendre; de même, et pour la même raison que dans un bassin normal, la suture sagittale est oblique. Nous savons ainsi que le diamètre transverse est trop court pour laisser passer l'occipito-frontal, et qu'il ne faut pas songer à la version.

Goodell étudie ensuite le mécanisme de l'accouchement, lorsqu'on applique le forceps au détroit supérieur d'un bassin rétréci. Si les branches sont appliquées sur l'occipito-frontal ou sur le fronto-mastoïde, la tête à demi-fléchie est, à moins d'être solidement fixée dans le diamètre conjugué, violemment fléchie, et obligée de présenter au diamètre rétréci son bi-pariétal ou un autre diamètre plus long que le bitemporal; et la pression qu'elle subit dans le sens antéro-postérieur, non-seulement s'oppose à l'allongement normal de ses larges diamètres, mais fait saillir ses diamètres transversaux. Une force énorme seule peut triompher de cette difficulté, mais elle expose la vie de l'enfant. De plus l'application des cuillers sur le fronto-mastoïde tend à causer une rotation prématurée de l'occiput en avant. Le sens de la traction fait nécessairement un angle avec l'axe du détroit, et une partie de la force se perd contre le pubis. Enfin, la flexion de la tête et le raccourcissement du diamètre occipito-frontal laisse assez d'espace sur les côtés du bassin pour permettre le prolapsus du cordon. Chailly-Honoré a constaté que, « sur cinq applications du forceps au-dessus du détroit supérieur, deux fois au « moins la procidence se manifeste. Je l'ai rencontrée deux fois sur « trois. » (P. 643, éd. de 1867.)

Si les cuillers sont appliquées sur les côtés de la tête qui se présente en travers, la flexion est inévitable. L'application du forceps dans ce cas, considérée par quelques auteurs comme impraticable,

est regardée par l'auteur comme possible, il l'a faite et vu faire. Ce mouvement est même si nécessaire pour l'articulation de l'instrument, que quelques médecins cherchent à le produire avec les mains et avec le levier. Pour Goodell, il se produit spontanément quand il articule le forceps ou quand il l'empoigne, la tête étant encore un peu mobile.

Le large diamètre bi-pariétal, ou l'un de ses voisins, est donc forcé de traverser le détroit sacro-pubien. La partie postérieure de la tête est non-seulement volumineuse, mais encore très-ossifiée, éburnée, dit l'auteur et peu compressible ; la fontanelle postérieure est étroite, quelquefois ossifiée, les sutures sont petites; trois os seulement concourent à leur formation ; l'occipital et les deux pariétaux ; l'occipital fait partie de la base du crâne et n'est pas compressible ; la réduction ne peut donc se faire que par le chevauchement des pariétaux. Fixés par l'occipital contre lequel ils s'arcboutent, ils chevauchent ou plient malaisément. Les tractions doivent donc être plus fortes qu'après la version. Il se produit rarement des dépressions sur le crâne; quand elles existent, on les voit courir de la base pariétale vers la base du crâne, ou parallèlement à la suture sagittale. Dans un cas récemment observé par G... le sacro-sous-pubien (conjugué) mesurait 104 millim., la suture sagittale était transversale, la fontanelle antérieure était très-basse; on appliqua les cuillers du forceps sur les côtés de la tête, et on finit par l'extraire après deux heures de traction. Elle était fort aplatie, et offrait, du côté qui avait porté sur le sacrum, une fracture qui courait obliquement depuis le pariétal jusqu'à l'apophyse mastoïde, derrière l'oreille. Dugés (*Mon. d'oct*. 1840, part. V, sect. I, art. I, p. 306) rapporte un cas de fraction pariétale. Les fractures seraient plus communes dans les accouchements au forceps, si la bosse, assez dure, ne résistait pas à une pression directe qui l'aplatit, ou cause une brisure en un point plus faible, mais non directement pressé.

Il y a d'autres objections mécaniques à l'application du forceps, comparée à la version. La base du crâne ne cédant pas, la tête ne peut être aisément comprimée quand on la saisit par la voûte, car la compression a pour effet de diriger la force vers la base inflexible. Par la version le pouvoir compressif est rejeté vers la voûte compressible. Puis le forceps est ainsi construit que sa force de compression se répartit sur toute la surface recouverte par les cuillers et dans une application sur les côtés de la tête, les extrémités des cuillers serrent les pommettes qui sont incompressibles et ce diamètre ne demande pas à être diminué; autant de force employée en pure perte, et détournée du point où elle serait utile, le bi-pariétal, de plus, la surface embrassée, par le forceps est trop large pour que la compression agisse réellement dans le sens de la diminution, et si les man-

ches sont attachés, on risque de contondre le cerveau. Baudelocque, avec son puissant forceps, même en le forçant, n'a pu réduire le bi-pariétal que de 8 millim.. Armé du forceps de Hedge ou de Davis, beaucoup plus faible, l'opérateur charge le détroit de la plus grande partie de la compression en tirant vigoureusement et longtemps, ce qui, comme dans le cas cité plus haut (la mère succomba au bout de quatre jours, l'enfant vint mort), expose la vie de la mère et de l'enfant.

Enfin, les cuillers étant de même longueur, et de même largeur, et se faisant face l'une à l'autre, compriment également les deux côtés de la tête. Or, c'est le côté qui touche le sacrum qui seul a besoin d'être comprimé. les lésions, limitées à ce côté dans les accouchements spontanés en font foi ; la moitié, exactement, de la force est donc dépensée en pure perte. Le côté qui appuie sur le pubis ne demande pas à être réduit, mais à être moulé sur la concavité pubienne qui est lisse. Le côté sacré doit se mouler sur une surface irrégulière, et cela en un point limité aux dimensions de la saillie du promontoire ; c'est, lorsque la tête est fléchie, le bipariétal seul qui veut être diminué, par une dépression correspondant à l'angle sacro-vertébral. Mais la cuiller, trop large, aplatit toute la surface postérieure de la tête, et ne la modèle pas sur l'obstacle. Cette compression bilatérale, excessive, allonge tellement les autres diamètres de la tête, que chacun a vu le front saillir, les yeux sortir de leurs orbites, et les enfants succomber à la contusion du cerveau. Bref, la cuiller antérieure gêne l'adaptation, la cuiller postérieure empêche l'utilisation des vides qui existent du côté du promontoire, et le cerveau est soumis à un excès de compression. Aussi l'expression : *la tête s'est moulée* est-elle inexacte dans ce cas. Le bassin seul doit modeler la tête sur sa propre figure, et non le forceps à la forme de ses fenêtres. Les cuillers arquées du forceps ne peuvent donner à la tête qu'elles étreignent aucune ressemblance avec le détroit supérieur, qui est réniforme. Elles aplatissent la tête et la font directement passer sur le promontoire ; elles ne lui en font pas faire le tour ; elles ne lui font pas *doubler* ; et la tête extraite ne porte que rarement la marque du promontoire, l'expression *passer à la filière* est donc aussi erronée. La pince qui saisit le fil agit sur lui hors de la filière et non entre ses mors ; le forceps, au contraire, le passe lui-même à la filière.

Bien différent est le résultat de la version : La tête, en forme de coin, demi-fléchie, entre dans le détroit par son diamètre bi-auriculaire, qui est petit, et le traverse par son bitemporal qui est très-compressible ; le promontoire, cause de l'obstacle, modèle le côté de la tête qui appuie surtout à sa forme ; la traction *agissant à l'extérieur*, aide au moulage ; l'autre côté de la tête s'adapte à la convexité pubienne ;

les points qui ne sont pas comprimés font une saillie de compensation; la pression que subit les organes maternels est relativement peu considérable, comme le prouve l'absence d'accidents vésicaux après la version, qui prend autant de minutes que le forceps aurait exigé d'heures.

Dans le bassin oblique ovalaire, la version nous donne beaucoup de chance de voir le siége se placer dans le côté le plus large; ce qui nous permet, puisque nous savons que le pied amené au dehors vient en général se placer sous le pubis, d'amener l'occiput vers le côté le plus spacieux.

Goodell traite ensuite en quelques mots l'application du levier, qu'il croit plus utile que le forceps dans des mains exercées, « pour « déloger une tête retenue au détroit supérieur rétréci dans son dia- « mètre conjugué. » Plus bas, il ne saurait être utile que dans des cas particuliers, comme celui que rapporte Tarnier (Cazeaux, éd. de 1874, p. 996).

Puis l'auteur résume lui-même en ces termes son mémoire : « La « nature présente la tête en extension, le forceps en flexion; elle « l'engage par son diamètre le plus court et le plus compressible; le « forceps l'engage par son plus long et son moins compressible. La « nature et la version font tourner la tête autour du promontoire; le « forceps lui fait traverser directement le rétrécissement. Elles mou- « lent le crâne à la figure du détroit, le forceps, quand il saisit la tête « par son bipariétal, la façonne plus à sa propre image qu'à celle « du détroit. Les unes limitent la lésion cérébrale au point serré « contre le promontoire; l'autre produit une contusion plus étendue. « La compression que causent la nature et la version se borne au « nécessaire; celle du forceps le dépasse. »

Enfin, il conclut :

« I Dans un bassin plat, la *tête première*, sans l'intervention de « l'art suit exactement les mêmes lois générales d'engagement et de « descente que la *tête dernière* dans un accouchement artificiel; La « version est donc l'art venant aider la nature.

« II Le forceps, appliqué dans un bassin plat, contrarie plus ou « moins le mécanisme de l'accouchement spontané. Le forceps est « donc l'art combattant la nature.

« III Dans un bassin uniformément rétréci, les lois de l'engage- « ment et de la descente de la tête première sont exactement les « mêmes que l'accouchement soit spontané ou instrumental. La ver- « sion viole ces lois. Le forceps est donc l'art venant aider la nature, « la version est l'art combattant la nature.

« IV Au détroit supérieur ou au-dessus, dans un bassin plat, l'ap- « plication du forceps sur le diamètre fronto-mastoïde ou sur l'oc- « cipito-frontal gêne moins le moulage de la tête, et violente moins

« le mécanisme naturel du travail, que l'application sur le bipa-
« riétal.

« V Dans un bassin plat, le levier aide le mécanisme naturel de « l'accouchement; il est préférable au forceps. »

Dr A. Cordes.

The question of rest for women during menstruation by Mary Putnam Jacoby. (De la question du repos pour les femmes pendant les époques menstruelles. In-8, New-York. Pulnam's Sons, 1877.

Madame Putnam Jacobi s'est livrée avec un soin minutieux à l'étude de cette importante question; elle a procédé à une enquête rigoureuse, recueilli un nombre considérable d'observations, dressé des statistiques d'une valeur incontestable, et elle est arrivée à des conclusions que nous pouvons justement considérer comme représentant l'état actuel de nos connaissances sur le sujet.

Dans un premier chapitre, l'auteur développe d'abord quelques considérations générales sur le travail musculaire et sur les conditions de nutrition qu'il nécessite. Dans une seconde section, il entre véritablement dans son sujet et expose les résultats de la grande enquête qu'il a instituée. Un questionnaire a été adressé à plus de mille femmes des États-Unis, et un grand nombre de documents ont dû être ainsi recueillis sur la date de la première menstruation, sur les troubles menstruels, etc. L'idée était originale et ne pouvait manquer d'être fructueuse pour la science; les documents recueillis par Mme Jacobi sont en effet nombreux et d'une valeur statistique incontestable.

Les chapitres suivants contiennent des travaux très-originaux sur l'état du pouls et de la circulation avant, pendant et après la menstruation, sur l'élimination de l'urée pendant chaque époque menstruelle. L'auteur résume le résultat de ses recherches dans de nombreux travaux synoptiques et a placé à la fin de ce chapitre des tracés sphygmographiques qui permettent de juger d'un seul coup d'œil de l'état de la circulation chez les femmes qui ont été soumises à son observation.

Après une étude aussi approfondie de la question, Mme Jacobi était certainement en droit de poser des conclusions. C'est ce qu'elle a fait, mais avec une certaine réserve et en tenant compte de quelques circonstances spéciales.

La première et la plus importante de toutes les conclusions est la suivante : Il n'y a rien dans la menstruation qui implique la nécessité du repos chez les femmes dont la nutrition est normale. Bien plus, les habitudes de repos périodiques pourraient même devenir

nuisibles en provoquant la cessation de l'activité musculo-nerveuse et en favorisant l'accumulation du sang dans les organes contenus dans la cavité pelvienne, et produisant par suite l'hyperémie de ces organes. Les faits recueillis par Mme Jacobi démontrent donc d'une façon péremptoire que le repos n'est nécessaire ni même désirable *chez les femmes dont la nutrition est normale.*

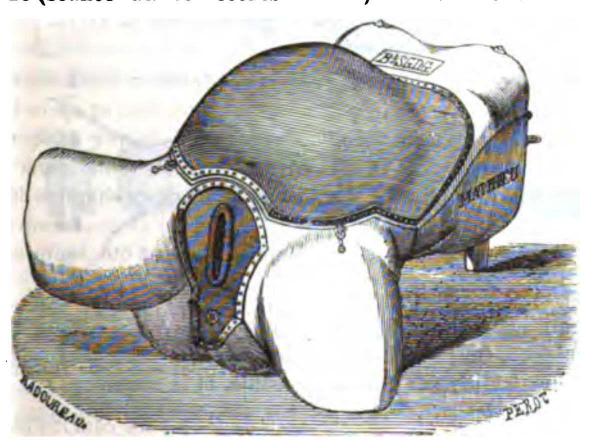
Mais les conditions de l'existence actuelle des femmes ne sont pas favorables à une bonne nutrition générale. Aussi, sur le nombre total des observations de l'auteur, 46 pour 100 avaient une dysménorrhée plus ou moins intense qui se traduisait par des douleurs pendant l'écoulement menstruel. Chez celles-ci seulement, le repos est nécessaire, et Mme Jacobi conseille un repos complet ou partiel à toutes les femmes qui éprouvent des douleurs menstruelles et dont la nutrition est défectueuse. Ce repos doit évidemment être combiné avec un traitement approprié.

En somme, cette monographie constitue un des meilleurs travaux spéciaux qui aient été depuis longtemps publiés en Amérique, et indépendamment d'un mérite réel et intrinsèque, elle a encore celui de l'originalité et de la nouveauté.

Dr A. Lutaud.

VARIÉTÉS

Mannequin obstétrical. — M. Tarnier a présenté à l'Académie de médecine (séance du 18 décembre 1877) au nom de MM. Budin et

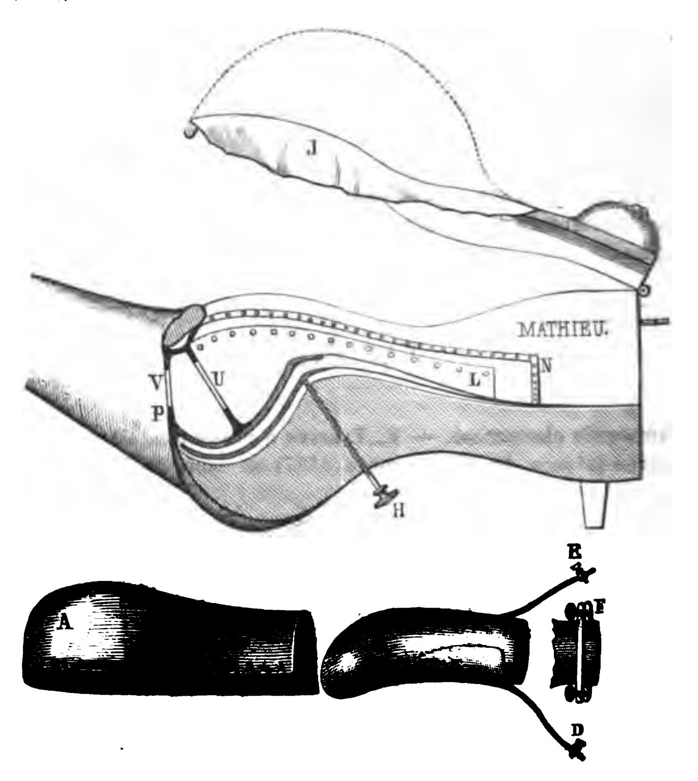


Pinard, un mannequin obstétrical, qu'ils ont fait fabriquer par MM. Mathieu fils.

Ce mannequin permet de pratiquer les diverses opérations, et d'exercer les élèves au diagnostic des présentations et des positions. Ce mannequin est en bois sculpté, et représente le corps d'une femme depuis les seins jusqu'aux genoux. Le bassin reproduit la forme d'un bassin osseux.

Les parties molles, parois abdominales, utérus, périnée, vulve, sont en caoutchouc et fixées au moyen de vis mobiles, de telle façon qu'on peut facilement les changer.

On peut donc faire des applications de *forceps* et pratiquer la version dans des conditions semblables aux conditions normales.



Le sacrum est mobile et peut être rapproché à volonté de la symphyse pubienne. On reproduit ainsi les *rétrécissements du bassin.*

La *mensuration digitale* devient possible, et la *craniotomie*, la *céphalotripsie*, la *céphalotomie*, l'*embryotomie*, etc., sont faites comme sur le vivant, au niveau et au-dessus du détroit supérieur.

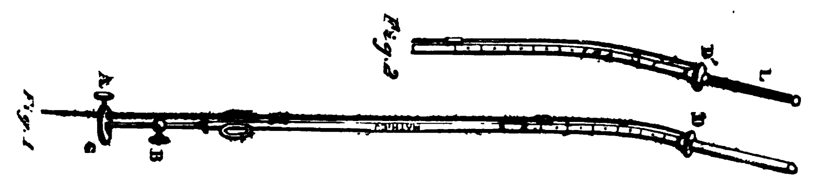
Avant d'être exercés aux opérations, les élèves ont pu l'être au diagnostic.

Un *fœtus* mort-né étant placé dans l'utérus, le *toucher* donne des sensations analogues à celles qu'on perçoit chez une femme en travail. On peut donc faire l'éducation du doigt d'une façon complète.

Si une poche à parois minces, contenant le fœtus et une certaine quantité d'eau, est mise dans l'utérus, il est possible de pratiquer le *palper* et d'effectuer la *version par des manipulations externes*.

Les services que ce mannequin obstétrical a, depuis une année, rendus à MM. Budin et Pinard dans leur enseignement particulier sont tels, qu'ils ont cru devoir le présenter à l'Académie.

Porte-caustique intra-utérin. — M. MARTINEAU a présenté à la Société de thérapeutique (séance du 26 décembre 1876) un porte-caustique intra-utérin, construit sur ses indications, par M. Mathieu fils ; c'est un porte-caustique fermé, gradué et muni d'un curseur destiné à limiter la pénétration de l'instrument dans la cavité utérine et à préciser le point qui doit être cautérisé.



Cet instrument a pour but, contrairement à celui de MM. Richet et Nonat, de ne porter le caustique que sur le point malade, d'éviter la cautérisation des parties indemnes de toute altération, ce qui n'a pas lieu avec les porte-caustiques connus jusqu'à ce jour.

Dorénavant, on n'aura pas à craindre l'atrésie des orifices utérins, surtout de l'orifice interne, accident inévitable des porte-caustiques ouverts.

La cautérisation intra-utérine est nécessitée, par les accidents leucorrhéiques, ménorrhagiques, et même métrorrhagiques, qui surviennent dans le cours de l'endométrite chronique générale ou partielle.

Pour faire cette cautérisation, on introduit le porte-caustique suivant les préceptes indiqués pour pratiquer le cathéthérisme utérin ; l'instrument ayant pénétré dans la cavité utérine et étant arrivé au point fixé par le curseur, on met à jour, au moyen d'un mécanisme ingénieux, une tige chargée dans toute sa circonférence de nitrate d'argent. La cautérisation terminée, on ferme l'instrument et on le retire.

De la sorte, les portions du canal cervico-utérin, indemnes de toute altération, ne sont pas touchées par le caustique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Kephalothryptor oder Kranioklast (*Cephalotripsie ou perforation du crâne*) par WIENER. *Arch. f. Gyn.*, t. XI. p. 413. Ce travail statistique établi, d'après les données et la pratique de la Maternité de Breslau, de 1865 à 1875-76, montre l'utilité de cette opération. C'est une réponse à un travail de Klimwächter qui avait avancé que la céphalotripsie était un retour vers l'époque de la *médecine cruelle.*

Uber die complication von Schwanguechaft, Geburt und Wochenbett mit amter Pleuritis (*Sur la complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches avec la pleurésie aiguë*) par LÉOPOLD *Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 284.

Beiträge zur Physiologie der placentaren Stoffverkehrs (*Contribution à la physiologie de la circulation placentaire*) par FEHLING. *Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 523.

Uber Echinococue geschwulste der Beckens ats Geburthinderniss (*Sur les tumeurs hydatiques du bassin comme obstacle à l'accouchement*) par WIENER. *Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 572. Voyez aussi Haussmann qui ajoute trois observations échappées aux recherches du précédent. *Ibidem.*, t. XII. p. 163.

Ueber die Künstlichs Fruchtblasensprenyung mit Bezugnahme auf den vorzuligen und rechtzeitegen Fruchwasserabgang (*Sur la rupture artificielle de la poche des eaux avec des considérations sur l'écoulement des eaux soit prématuré, soit à terme*). par VALENTA. *Arch. f. Gyn.*, t, XII, p. 1. Travail statistique établi sur le dépouillement de 2,600 accouchements.

Les Annales de Gynécologie ont reçu :

Considérations nouvelles sur l'anesthésie obstétricale, par M. le Dr Charles James CAMPBELL.

Report of a successful case of cesarean section after seven days' labor with some comments upon the operation par le Dr Edwards W. JENKS (Extrait de *the American journal of obstetrics*, vol. X, octobre 1877).

Albuminurie pendant la grossesse suivie d'éclampsie, observations et réflexions par le Dr N. CHARLES (de Liége). Paris, Delahaye éditeur.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUELQUES DONNÉES SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA MATURATION DES VÉSICULES DE GRAAF PENDANT LA GROSSESSE.

Par le Dr Slavjansky,
Professeur d'accouchement et de maladies des femmes
à l'Académie de médecine de St-Pétersbourg.

Le temps précis de la maturation des vésicules de Graaf es une question, qui restera probablement pendant longtemps encore à l'état de problème à résoudre. C'est surtout par rapport à une période de la vie de la femme, je veux dire la grossesse, que les recherches anatomiques ont fourni bien peu de renseignements et que les méthodes précises d'investigation ont fait à peu près défaut. L'opinion, que le développement des vésicules de Graaf s'interrompt pendant la grossesse, est généralement admise, et se trouve consignée dans la plupart des manuels de physiologie et d'accouchement. Cette manière de voir s'explique par l'absence de recherches anatomiques sur

les ovaires à différentes époques de la grossesse. Quelques auteurs, comme Scanzoni (1), Meigs (2) ont franchement reconnu la possibilité du développement des vésicules de Graaf pendant la grossesse, mais par suite du manque de précision dans les autopsies, citées par eux, leur opinion a été toujours ignorée.

Pour avancer la solution de la question mentionnée, il faudrait un grand nombre d'observations détachées, ayant pour objet des recherches minutieuses sur les ovaires et dont la relation ne se bornerait point à une description macroscopique. Du moment que nous trouverons dans la littérature des observations, constatant d'une manière non équivoque, dans les ovaires de femmes grosses, des follicules à différentes époques de leur formation et des vésicules de Graaf, parfaitement mûres et près d'éclore, nous aurons le droit, et alors seulement, de reconnaître la possibilité du développement et de la maturation des vésicules de Graaf pendant la grossesse. Comme il est peu probable que dans un temps prochain quelqu'un arrive à réunir un certain nombre de cas pareils, il est à désirer qu'on publie chaque cas dans lequel des recherches sur les ovaires de femmes grosses ont pu être faites de manière à fournir des données anatomiques, non équivoques sur cette question. Ces considérations me font espérer qu'on trouvera quelque intérêt scientifique dans le cas suivant, observé par moi à la clinique de la Faculté de Kazan, du temps où j'étais attaché à cette Université.

Le 11 mars, 1877, la nommée Oustinya Bousaroff se présenta à la consultation de mon service clinique, pour des douleurs spasmodiques au bas-ventre et une forte leucorrhée. D'après son dire elle est fille, née dans l'arrondissement de Mamadysch, du gouvernement de Kazan et est âgée 24 ans ; menstruée à l'âge de 17 ans, elle a accouché une fois, il y a trois ans. Depuis le 5 novembre, ses règles sont supprimées, au mois de décembre le coït eut lieu juste avant l'époque de leur apparition. Au toucher, l'utérus présente le volume d'une grossesse de trois

(1) Scanzoni. *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 1855.
(2) Meigs. *Obstetrics the science and the art.* Philadelphia, 1849.

mois, est mobile, point douloureux ; une quantité minime de sang s'écoule du col ; les culs-de-sac sont sans modifications perceptibles.

Le 22 mars, on me consulte pour cette même malade, eu égard à la cause obscure de la maladie. Je la trouvai agonisante : décoloration complète de la peau et des muqueuses, pouls et bruits du cœur imperceptibles ; les contours de la matrice, très-douloureux au palper, sont peu accusés ; le cul-de-sac gauche plus résistant et plus aplati du côté droit. J'appris que le matin, la malade avait ressenti subitement une violente douleur au bas-ventre, suivie de syncope, collapsus et des symptômes d'anémie aiguë. Je pensai avoir affaire à une hémorrhagie interne dans le cours d'une grossesse extra-utérine gauche.

L'autopsie médico-légale, faite le 24 mars, trente heures après le décès, permit de constater une grossesse extra-utérine, tubaire gauche, avec hémorrhagie interne, provenant de la rupture de la trompe.

On fut assez aimable pour mettre à ma disposition les organes génitaux internes pour servir à mes recherches anatomo-pathologiques.

Au moment actuel, ces parties *conservées* dans l'alcool, pendant deux mois, sont constituées par l'utérus avec ses annexes. L'incision qui a permis d'enlever ces parties du bassin a été pratiquée au niveau du tiers supérieur du vagin. Le diamètre longitudinal de l'utérus est de 10,0 c., dont 7,5 c. pour le corps et 2,5 c. pour le col ; la distance entre les tubes est de 6,0 c. ; la cavité utérine est ouverte par une incision de la paroi postérieure. L'épaisseur des parois est de 2,5 c., dont 1,75 c. pour la couche musculaire et 0,75 c. pour la muqueuse. Cette dernière est considérablement grossie, sa surface interne plissée, très-congestionnée ; les coupes transversales présentent des taches rouges, parfaitement pareilles par leur forme et leur aspect, aux extravasations interstitielles de sang. Depuis l'orifice interne jusqu'au tiers moyen du corps de l'utérus, la muqueuse est décollée de la musculaire et fait saillie dans la cavité utérine. La partie dénudée de la tunique musculaire est d'un rouge uni, imbibée de sang et parsemée de taches adhérentes de sang coagulé. Le canal cervical et la portion vaginale ne présentent rien d'anormal sur la paroi postérieure et vers l'insertion des tubes, la séreuse utérine est couverte de fausses membranes, multiples, très-minces, demi-transparentes, qui pendent libres dans la cavité péritonéale. Le tube droit, dont la longueur et la position sont normales, présente au bout de sa frange ovarienne deux kystes (hydatides de Morgagni) sur un pédicule très-long et très-mince. Le tube gauche est considérablement distendu près de son insertion.

La partie distendue est longue de 4,0 c. et large de 2,5 c., le reste du tube est à l'état normal. La surface postérieure de la boursouflure présente une rupture, longue de 2,25 c. avec des lèvres très-minces et imbibées de sang. Par l'orifice de cette rupture le chorion

du fœtus, qui s'est développé dans la cavité susdite, a fait issue. La partie prolabée se présente sous forme d'une masse villeuse, spongieuse, ayant 20 c. en long et 1,0 c. en large. A sa surface postérieure se voit l'embryon, suspendu par son cordon ombilical, enveloppé de son amnios, ayant la tête, les extrémités et la partie caudale nettement accusées. La division des doigts est nettement indiquée aux extrémités supérieures. La tête et la partie caudale sont repliées sur elles-mêmes, de sorte que la colonne vertébrale présente une convexité en dehors. La longueur du fœtus, ainsi replié, est de 1,4 c., son épaisseur entre les parties les plus saillantes de la tête et de la colonne vertébrale est de 1,1 c. Les yeux sont parfaitement visibles. Les parois de la partie distendue du tube sont très-minces, s'épaississent par endroits en bourrelet et s'amincissent graduellement vers *la rupture*. La séreuse en cet endroit est lisse, luisante, rarement parsemée de fausses membranes, très-minces, transparentes, et de dimensions minimes.

L'ovaire gauche, long de 3,5 c. et large de 2,5 c., présente une surface couverte de sillons, de profondeurs diverses; par endroits il adhère aux parties voisines par de longues fausses membranes transparentes. La portion externe est beaucoup plus volumineuse que la portion interne. Une incision transversale dans la partie tuméfiée, met à nu une cavité ayant 1,3 c. en diamètre, au deux tiers remplie d'un contenu coagulé sous l'action de l'alcool. Dans la partie de la surface interne de l'ovaire, les parois de cette cavité sont minces comme une feuille de papier, n'ayant que 0,05 c. d'épaisseur et s'épaississent graduellement vers le fond de l'ovaire, où elles sont formées en partie par la substance même de ce dernier. Immédiatement au-dessous de la cavité citée, vers la surface postérieure de l'ovaire, se trouve dans la substance même de cet organe un endroit très ramolli, de 0,4 c. en diamètre, présentant l'aspect et les qualités particulières à un corps jaune. Du point correspondant de la surface postérieure de l'ovaire, part une fausse membrane qui va se perdre dans le ligament large. Plusieurs cavités de dimensions diverses, la plus spacieuse ayant 0,3 en diamètre, sont constatées dans la substance corticale de l'ovaire; leur contenu est coagulé. Toutes ces cavités ont l'aspect parfaitement pareil à celui de follicules à diverses époques de leurs formation. Dans un des sillons de la même partie, se trouve un corps d'un rouge-brique, ayant la forme d'une étoile irrégulière, large de 0,2 c. *Le reste de cet ovaire ne présente rien de particulier* à l'examen macroscopique.

L'ovaire droit a 2,7 de long et 1,5 c. de large, sa surface est également sillonnée plus ou moins profondément. De même on constate dans sa partie interne, près du ligament de l'ovaire, un endroit saillant, duquel part une fausse membrane très-large, et qui s'insère au ligament de l'ovaire et au corps de l'utérus. Une incision superficielle

de cet endroit met à nu un corps jaune d'origine récente, ayant 1,0 c. de diamètre et qui se distingue nettement des tissus environnants. La partie centrale, de couleur blanchâtre, est plus résistante; et de multiples faisceaux, également blanchâtres, s'en irradient sous forme d'étoile dans la substance du corps jaune mentionnée. Immédiatement après, un peu en dehors, on découvre une vésicule de Graaf, ayant 0,3 c. en diamètre. Le reste de l'ovaire ne présente rien d'anormal.

Examen microscopique des ovaires. Toutes les préparations furen préalablement durcies dans l'alcool, puis soumises pendant 24 heures à l'action de l'acide picrique et pendant autant de temps imbibées d'une solution de gomme arabique, et finalement de nouveau durcies à l'alcool. Les coupes microscopiques après avoir été macérées dans l'eau pendant 24 heures, furent teintes avec du picrocarminate et conservées dans la glycérine. Dans des coupes transversales des parois de la cavité principale de l'ovaire gauche on voit que leur surface interne est couverte d'un épithélium cylindrique aplati, dont les cellules sont parfaitement pareilles à celles de la membrane granuleuse, constatée dans les follicules moindres du même ovaire. Des coupes faites dans le tissu de l'épithélium, immédiatement sous-jacent, y révèlent toutes les particularités caractéristiques du tissu granuleux, dit de Virchow. On y distingue une masse de cellules de formes variées, depuis la forme globulaire jusqu'à la forme fusiforme ; leur substance interstitielle est constituée par de rares fibres très-fines et très-tendres. Dans le protoplasma de la plupart de ces éléments cellulaires est enfermée une matière granuleuse, de couleur jaunâtre. Les contours des cellules et de leurs noyaux sont nettement visibles. Ce tissu est assez riche en vaisseaux, appartenant pour la plupart au genre capillaire, ne possédant qu'une seule membrane d'endothélium ; plusieurs sont remplis de sang. Ce tissu périfolliculaire est par endroits séparé de l'épithélium par une membrane propre nettement dessinée. Vers la partie opposée, là où ce tissu se confond avec le stroma de l'ovaire, les fibres se multiplient, leur volume augmente graduellement, tandis que les cellules, tout en s'approchant de plus en plus de la forme fusiforme, deviennent plus rares. Le contenu coagulé par l'alcool, trouvé dans la cavité mentionnée, fut soigneusement enlevé et conservé dans l'acide picrique. Broyé avec le manche d'une aiguille et mis dans le microscope, il fut reconnu être composé d'une matière granuleuse amorphe ; les parcelles prises dans les parties périphériques contiennent de rares cellules épithéliales, du même genre que l'épithélium de la membrane granuleuse. En examinant à la coupe la surface interne de la cavité, on découvrit, près de la partie la plus amincie des parois, une petite saillie, qui fut soigneusement enlevée avec une aiguille et placée sous le microscope.

On vit alors un amas de cellules épithéliales, au centre desquelles

on distinguait à peine un ovule avec sa zône pellucide. En exerçant une légère pression, on parvint à détacher l'ovule des cellules qui le masquaient et alors la position excentrique de la vésicule, avec sa tache germinative se dessina nettement.

Des coupes faites dans la substance corticale du même ovaire, firent constater la présence de vésicules de Graaf, à différents degrés de développement, depuis le follicule primordial, jusqu'à des cavités de 0,3 cent. en diamètre possédant toutes les qualités macro et microscopiques de vésicules de Graaf plus ou moins mûres.

Dans la partie de l'ovaire où se trouve le corps rouge-brique de 0,2 cent. en diamètre, le stroma se confond insensiblement avec le tissu conjonctif à grosses fibres dont le corps susdit est principalement constitué, de nombreuses granulations pigmentaires du sang, sont disséminées de la manière la plus variée entre les fibres de ce tissu; en outre on y voit des amas minimes d'une substance granuleuse, d'un jaune intense, contenant de rares éléments cellulaires, faiblement indiqués, et plus rarement encore on rencontre une cellule nettement dessinée, contenant des grains d'un pigment jaune. Ce tissu est presque sans vaisseaux. Le corps jaune de 0,4 de diamètre constaté dans l'ovaire gauche immédiatement au-dessous de sa cavité principale présente, en somme, à un faible grossissement, toutes les particularités saillantes de structure des corps jaunes.

On voit distinctement sa partie centrale, en forme d'étoile, avec une substance jaune disséminée entre ses rayons. En augmentant le grossissement (300) on constate que la partie centrale est constituée par un tissu conjonctif ancien, avec des fibres disposées régulièrement, et de rares cellules fusiformes disséminées entre eux. On distingue facilement des vaisseaux, de volume assez considérable, dont les membranes moyenne et adventice sont fortement accusées.

La substance jaune se compose de masses très-serrées de cellules, dites du corps jaune, leur protoplasma est granuleux et contient des grains jaunes d'un volume assez considérable; les contours des cellules sont peu accusés, leurs bords usés, les noyaux à peine visibles; toute la surface de la coupe du corps jaune a l'air d'être couverte de poussière. Au milieu de ces cellules on ne voit que de rares irradiations du tissu central, d'une structure également plus ou moins granuleuse.

Ovaire droit. — Point de modifications pathologiques dans ce tissu. On constate de nombreux follicules dans la substances corticale, *tant à* l'état primordial, qu'à différentes époques de leur développement progressif. Le corps jaune qu'on y trouve présente à l'examen microscopique tous les traits caractéristiques d'un corps jaune véritable (*corpus luteum verum*). On reconnaît qu'il est très bien conservé; ses cellules sont nettement dessinés, leurs noyaux se détachent vigoureusement,

le protoplasma loin de présenter seulement un aspect granuleux, se compose de volumineux grains de pigment jaune. Çà et là on constate entre les cellules des vaisseaux d'un calibre peu considérable et remplis de globules rouges du sang. La partie centrale et ses irradiations sont constituées par un tissu conjonctif, d'origine récente, avec de nombreuses cellules tant rondes que fusiformes. Ces cellules se massent principalement au centre, tandis que les fibres y sont très-fines et souvent à peine visibles, de sorte qu'on prendrait ce tissu pour un tissu muqueux. Dans les parois des vaisseaux de cette partie on distingue tantôt la membrane adventive et la moyenne, tantôt elles ne consistent qu'en une simple couche d'endothélium. Dans un endroit limité de la substance corticale les coupes transversales, tant qu'elles ne pénètrent point à une certaine profondeur, présentent un aspect uniforme. Nous avons devant nous une matière amorphe, composée de grains minimes, au milieu desquels on tombait rarement sur des gros grains du pigment jaune. Ces masses sont disposées par groupes, isolées, au milieu d'un tissu conjonctif fibreux, également en voie de destruction. Une comparaison de coupes, faites couche à couche, nous démontre clairement que nous avons devant nous les restes d'un corps jaune très-ancien.

Dans le tissu de la substance corticale des deux ovaires, parmi les follicules, furent constatés des corps que j'ai décrits (1) comme vésicules de Graaf atrésiées, après avoir atteint un certain degré de développement. Ces corps en forme d'étoile, contenant un tissu conjonctif, de différentes dates, depuis la forme récente, embryonnaire jusqu'à la forme ancienne fibreuse, présentent l'aspect et le caractère que nous sommes habitués à trouver à ces corps dans les ovaires de femmes de tout âge. Dans un de ces corps furent retrouvées les traces d'un ovule, sous forme d'une *zona pellucida* collabée.

Dans le procès-verbal de l'examen du cas présent c'est principalement l'état des ovaires, qui attire notre attention. Dans l'ovaire gauche nous avons constaté une cavité du volume d'une grosse cerise, ayant 1,3 en diamètre. Ce fait constaté nous met en présence de deux conjectures : ou c'est une formation kystoïde, ou c'est une vésicule de Graef entièrement développée. La première conjecture n'est pas admissible, toutes les données étant pour la seconde. Dans l'objet en question nous retrouvons en effet tout ce qui caractérise une vésicule de Graaf;

(1) *Archives de physiologie*, 1875, I.

la même structure des parois, et un contenu renfermant un ovule. On ne pourrait non plus admettre une hydropisie folliculaire, vu la parfaite proportion des dimensions de ses éléments et l'absence des modifications consécutives, comme modification de l'épithélium dans les kystes de rétention. Si nous reconnaissons l'objet en question pour une vésicule de Graaf, nous admettons forcément, du moins quant au cas présent, la possibilité du développement et de la maturation des follicules de l'ovaire pendant la grossesse. La présence dans ces mêmes ovaires de follicules atrésiées (1) à différentes époques de leur développement, est une raison de plus pour admettre cette opinion. Du moment que nous constatons dans les ovaires des follicules mûrs et des follicules en état d'atrésie, il ne reste aucun doute que toutes les métamorphoses des follicules, comme leur développement, leur maturation et leur mort, se produisent dans la substance corticale des ovaires tout aussi bien pendant la grossesse qu'à toute autre époque de la vie d'une femme qui n'a point atteint l'âge climatérique. La vésicule de Graaf parfaitement mûre, constatée dans notre cas, prouve de plus que pendant la grossesse il peut atteindre même le maximum de son développement. Ces données anatomiques donnent quelque poids à certaines conjectures, basées sur des observations cliniques. Ainsi Scanzoni (2) admet la possibilité du développement et de la maturation des vésicules de Graaf, mais non leur éclosion pendant la grossesse, après avoir constaté chez des femmes grosses des *molimena menstrualia*, très-accentuées.

Dans notre cas, à l'œil nu, on pouvait constater trois corps jaunes, le microscope en découvrit un quatrième de date très-ancienne, invisible à l'examen macroscopique (3). Même en laissant de côté ce dernier, vu l'ancienneté de son origine, da-

---

(1) Les recherches du Dr de Sinety (*Archives de Tocologie*, 1877) ont démontré la même chose.

(2) Scanzoni. *Beitraegez. Geburtskunde*. B. IV, p. 341.

(3) Il est probable que nous aurions constaté plusieurs corps pareils, si l'ovaire en entier eût été soumis à l'examen microscopique.

tant d'une époque de beaucoup antérieure à la grossesse, nous constatons dans notre cas la même marche dans le développement des vésicules de Graaf, qui fut observée dans le cas de Kusmaul (1), ce qui donna lieu à certaines conclusions de Mayrhoffer, dont le résumé sera cité plus bas. Seulement dans notre cas les recherches ont été plus minutieuses et nous ont fourni des données plus nombreuses pour préciser l'âge des corps jaunes trouvés, en prenant pour point de départ leur structure anatomique. Kusmaul constata deux corps jaunes distincts dans un ovaire et seulement un soi-disant corpusculum nigrum dans celui du côté correspondant à la grossesse. Dans notre cas le plus grand nombre des corps jaunes se trouve dans l'ovaire droit et les autres dans celui du côté correspondant à la grossesse, soit dans l'ovaire gauche.

En exceptant le corpusculum nigrum, les deux corps jaunes présentaient au microscope une structure parfaitement identique, seulement l'un d'eux avait déjà subi un certain degré de métamorphose régressive. Le volume et la disposition numérique des grains formant leurs masses jaunes étaient partout les mêmes. Mes recherches sur les corps jaunes humains m'ont persuadé que la marche du développement de ces grandes cellules granuleuses, dites du corps jaune, est parfaitement analogue à celle des grandes cellules dans la décidua, dites déciduelles. Dans la décidua, elles sont produites par l'agrandissement (hypertrophie) des cellules du tissu conjonctif (cellules de Ranvier) de la muqueuse utérine, de même dans le corps jaune, ce sont des cellules agrandies, du tissu conjonctif périfolliculaire, décrites par moi. Quand au début d'une grossesse une vésicule de Graaf se rompt, les cellules fusiformes du tissu conjonctif de la couche périfolliculaire du follicule crevé grandissent sous l'influence de la nutrition renforcée de tous les organes génitaux et atteignent les dimensions énormes des cellules dites du corps jaune. Les cellules de follicules, crevés pendant la période menstruelle ou dans le cours de quel-

(1) Kusmaul. *Von dem mangel der Gebaermutter*, 1859.

que congestion accidentelle des ovaires, n'atteignent point de pareilles dimensions, sauf dans quelques cas exceptionnels. Léopold (1) a constaté le même fait pour les cellules de la muqueuse utérine pendant la période menstruelle. Ces données permettent de fixer l'époque du développement des corps jaunes, d'une manière beaucoup plus approximative que si nous nous étions borné a l'examen microscopique. Les grandes cellules jaunes, constatées dans les deux corps jaunes, nous prouvent que ces derniers datent d'une époque où les ovaires se trouvaient sous l'influence de l'afflux du sang produit par la grossesse. De plus les symptômes de métamorphose régressive trouvés dans l'un d'eux indique une origine plus ancienne, de sorte que nous en devons conclure que les deux vésicules de Graaf ont crevé à des époques différentes. C'est le plus ancien qui a fourni l'ovule, dont la fécondation a déterminé la grossesse présente, tandis que la rupture du second se rapporte à une époque postérieure, soit pendant la grossesse même. Cette supposition est appuyée par le volume du corps jaune.

Léopold (2) a une seconde fois soutenu qu'outre la grossesse, l'hyperémie menstruelle peut produire des corps jaunes, dont les dimensions atteignent ceux des corpora lutea vera. Il est à regretter que le cas discuté par lui n'ait point été examiné d'une manière assez précise, pour déterminer si ce grossissement dépendait de la prolifération de la couche jaune ou de la partie centrale. A en juger par le dessin de ce corps jaune, on admettrait plutôt la seconde conjecture et il est avéré que le volume de la partie centrale peut augmenter par suite des causes accidentelles, ainsi par suite de la quantité plus ou moins grande de sang extravasé dans le tissu nouvellement formé, qui remplit la cavité de la vésicule de Graaf.

Dans notre cas le grand corps jaune se trouvait dans l'ovaire du côté opposé à celui de la grossesse, ce qui pourrait faire

---

(1) Léopold. *Die Uterus schleimhaut u. die Menstruation*, *Archiv f. Gynæcologie*. Bd. XI, p. 120.

(2) *Loc. cit.* Taf. II, fig. 12.

naître l'idée d'une transmigration de l'ovule. En vue de la possibilité d'une pareille supposition, je me permettrai quelques remarques, d'autant plus que dans le dernier temps on a relevé cette question et contesté la réalité de la transmigration de l'ovule, dans quelques-uns des cas décrits. Mayrhoffer (1), s'appuyant sur les cas connus et décrits par différents observateurs, arrive aux conclusions générales suivantes sur le développement de corps jaunes, la possibilité de leur éclosion périodique pendant la grossesse et sur la transmigration de l'ovule. Il cite les dix-sept cas connus de transmigration de l'ovule et y indique cinq cas d'utérus unicorne, avec une corne rudimentaire, dans la moitié desquels il est impossible de ne point admettre une transmigration extra-utérine, externe de l'ovule. Il ne voit pas pourquoi on montrerait quelque défiance, si de nouveaux cas pareils étaient publiés. Il en résulte que dans la moitié des cas de fécondation dans un utérus bicornis, la transmigration de l'ovule doit avoir lieu. Mais alors il faudrait, d'après lui, admettre que chez toute femme, ayant l'utérus régulièrement développé, une transmigration de l'ovule a toujours lieu pendant la période menstruelle suivante, vu que la transmigration externe ne doit point rencontrer de plus grands obstacles dans un utérus normal que dans un utérus unicorne. Personne ne consentira à une supposition pareille et par conséquent le principe de la théorie de la transmigration tombe à néant, ce principe d'après lequel un corps jaune véritable indique toujours l'endroit de l'éclosion de l'ovule fécondé. Partant de considérations pareilles, Chayrhoffer arrive à la conclusion que la formation de corps jaunes véritables pendant la grossesse est non-seulement probable, mais que ce phénomène se produit véritablement à des reprises différentes, et probablement à des époques mensuelles. Ceci admis, on doit forcément reconnaître que la maturation et l'éclosion des vésicules de Graaf ont lieu pendant la grossesse comme nous l'avons

(1) Mayrhoffer. *Ueber die gelben Koerper und die ueberwanderung des Eies.* Wien, 1876.

dit plus haut, les deux corps jaunes véritables, constatés dans le cas présent, se sont produits pendant la grossesse ; le plus grand à une époque antérieure que le moins grand. Nous avons reconnu, en outre, qu'il était probable que l'ovule fécondé soit sorti de ce dernier. Il n'y a donc aucune raison pour admettre dans ce cas la transmigration de l'ovule. Sur un seul point nous sommes d'accord avec Chayrhoffer, c'est par rapport à ce qu'il dit du manque de précision dans l'examen des ovaires dans tous les cas relatés. Quant au reste de ses conjectures, on ne pourra en admettre la réalité tant qu'il n'y aura pas un nombre plus grand de cas bien examinés.

Sans vouloir tirer de conclusions générales du fait précédent je me crois cependant autorisé à admettre que dans les ovaires des femmes grosses :

1° On constate des follicules à différentes époques de leur formation, qui souvent n'atteignent point le maximum de développement et disparaissent par voie d'atrésie, phénomène qui se produit pendant toute la vie de la femme, tant qu'elle n'a point atteint l'âge de la ménopause.

2° L'existence de vésicules de Graaf parfaitement mûres et prêtes de se rompre n'y peut être admise pour le moment que comme exception rare.

3° Des vésicules de Graaf écloses pendant la grossesse peuvent produire des corps jaunes.

4° Pour conclure à la transmigration de l'ovule d'après l'emplacement du corps jaune, il est indispensable que les ovaires soient examinés d'une manière plus précise qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

TRAITEMENT DES FIBROMES

PAR L'INJECTION D'ERGOTINE DANS LE TISSU DE L'UTÉRUS.

Par le Dr Delore.

Hildebrand a introduit l'ergotine en injection hypodermique dans le traitement des fibromes en 1872.

Depuis cette époque cette méthode s'est répandue en Allemagne, en Angleterre et en Amérique ; elle commence à jouir en France d'une certaine faveur.

Hildebrandt employait l'injection dans le but d'arrêter l'hémorrhagie et de déterminer des contractions utérines, pour expulser la tumeur.

Il avait adopté la solution suivante :

Ergotine.	3 gr.
Glycérine.	7 gr. 50.
Eau	7 gr. 50.

Chaque jour il injectait une seringue Pravaz, de sorte qu'il administrait environ 0,20 centigrammes par jour.

Il dit avoir obtenu dans 8 cas une menstruation plus régulière, la cessation des hémorrhagies, une diminution des tumeurs et un état général meilleur.

Dans un cas la tumeur, du volume d'une grossesse de 7 mois, a disparu complètement.

Il pratiquait ces injections chez des femmes qui retournaient ensuite chez elles. Il n'eut pas d'abcès (1).

Les succès obtenus par l'auteur de la méthode ne se produisirent pas entre les mains de tous ses imitateurs.

Ebel dit que 30 injections lui donnèrent pour la plupart des

(1) *Berliner Klinische Wochenscrift*, 17 juin 1872.

abcès et de vives douleurs. Les tumeurs ne diminuèrent pas de volume.

Loehlein eut des douleurs et des abcès ; il n'obtint pas la diminution des fibromes, mais les métrorrhagies cessèrent.

Martin eut un insuccès complet.

Chroback, chez 11 malades fit 191 injections qui lui donnèrent 4 abcès. Trois fois il eut une diminution notable. Les hémorrhagies furent arrêtées.

En Amérique (1), Gray a obtenu un succès complet en injectant chaque jour 0,05 centigrammes d'ergotine.

Byford est favorable à la méthode d'Hildebrandt. Il a obtenu 23 guérisons complètes, 38 incomplètes avec diminution des tumeurs, et 19 améliorations et 31 insuccès.

Tout récemment à la Société de thérapeutique (juillet et octobre 1877), M. Moutard-Martin dit avoir arrêté des métrorrhagies consécutives aux fibromes; il signale la différence d'énergie entre l'injection d'ergotine et son administration à l'intérieur.

Gubler estime que l'injection d'ergotine est 10 fois plus forte.

Constantin Paul a réussi 13 fois en injectant :

Eau.	15 gr.
Glycérine. . . .	15 —
Ergotine	2 —

1 gramme de cette solution renferme 0,66 milligrammes d'ergotine.

On n'est pas encore parfaitement d'accord sur la meilleure préparation d'ergotine.

Certains pharmaciens fournissent sous ce nom un simple extrait obtenu par décoction des résidus de poudre d'ergot.

Bonjean dissout par l'eau et précipite par l'alcool.

Yvon (2) donne une nouvelle préparation dans laquelle entre l'acide salicylique. Suivant lui l'ergotine ainsi préparée ne

---

(1) *Philadelphie med. Tim*, 1876.

(2) *Revue de thérapeutique*, octobre 1875.

produit pas d'eschare, ne s'altère pas et détermine des effets physiologiques accentués.

En janvier 1876, Taret, pharmacien à Troyes, crut avoir découvert l'*ergotinine;* depuis cette époque, il est parvenu même à la faire cristalliser. Cette découverte n'a pas eu jusqu'ici de conséquence pratique, car l'ergotinine de M. Tanret se conserve difficilement et est inférieure à l'ergotine Bonjean au point de vue des effets physiologiques.

Dagendorff et Padzizowski maintiennent que les propriétés du seigle ergoté sont dues à l'acide *sclérotique* qu'ils ont isolé en 1875.

Je rapporte ces recherches chimiques parce qu'elles sont intéressantes, mais avec M. Ferrand (1) je conclus volontiers qu'en ce moment il faut préférer l'ergotine Bonjean dont les propriétés physiologiques et thérapeutiques sont nettement établies.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'INJECTION D'ERGOTINE.

En 1875, sous l'inspiration de M. Mollière, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu, j'ai commencé à faire des injections d'ergotine dans le tissu de l'utérus lui-même.

Le col étant mis à nu avec le spéculum Cusco, je le piquais avec la seringue Pravaz et je pratiquais l'injection.

Cette opération était souvent difficile à cause du peu de longueur de la seringue; pour y remédier, j'attachais le corps de pompe avec une ficelle, qui me permettait de prendre un point d'appui pour pousser le piston avec le doigt.

Quoique l'injection interstitielle fût ainsi plus commode, je fis fabriquer par M. Lépine une canule spéciale destinée à faciliter les injections.

---

(1) *France médicale*, 14 novembre 1877.

DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT.

J'ai choisi une seringue ordinaire; sur la tige du piston sont marquées les divisions du gramme; à l'extrémité sont placés deux ailerons qui donnent un point d'appui solide à l'index et au médius pendant que le pouce presse le piston.

Le trocart à injection a 14 centimètres de longueur. C'est lui qui constitue ce qu'il y a de nouveau dans l'instrument. Il a 2 millimètres de diamètre, de façon à opposer une certaine résistance. Il se termine par une aiguille creuse de 1 centimètre et demi de longueur sur un 1/2 millimètre de diamètre. Grâce à cette disposition, on peut piquer l'utérus au fond du vagin sans craindre de voir le trocart se courber.

DOSAGE

J'emploie une solution ainsi dosée :

Eau distillée.	2 gr.
Ergotine	1 gr.

25 grosses gouttes contiennent 0,50 centigrammes. Mais tout le monde sait que les gouttes varient beaucoup suivant les instruments d'où elles se détachent ; de là la nécessité de doser chaque seringue en particulier avant de s'en servir, même lorsque la tige du piston indique la quantité de liquide débitée. Ainsi, la seringue dont je fais usage débite 50 gouttes pour 1 gramme, de telle sorte que chaque goutte contient 0,01 centigramme d'ergotine.

La dose de la première injection ne doit pas être forte, car certaines malades ont une grande susceptibilité. Il faut commencer par 0,15 centigrammes et arriver peu à peu à 0,40 et même 0,60 centigrammes, qui représentent une dose très-élevée et produisent des phénomènes physiologiques autrement in-

tenses que l'absorption stomacale. M. Gubler a insisté récemment sur ce fait hors de toute contestation.

MODE OPÉRATOIRE.

Le col utérin est mis à découvert au moyen du spéculum. La seringue et la canule étant chargées du liquide à injecter, on enfonce l'aiguille dans le col à une profondeur de 5 ou 6 millimètres et on pousse l'injection; il faut quelquefois employer une certaine force. On retire l'instrument et il n'est pas rare de voir sourdre quelques gouttes de sang. Trois fois même j'ai pu observer un petit jet artériel. Une seule fois j'ai vu le liquide de l'injection sortir par la piqûre.

Si le spéculum ne peut être appliqué soit à cause de la présence de l'hymen, soit à cause de la déviation imprimée au col par la tumeur, on place au bout de l'aiguille une petite boule de cire vierge, on la fait glisser le long du doigt appliqué sur le col que l'on pique sans grande difficulté.

En général cette petite opération est médiocrement douloureuse.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES.

Ces phénomènes sont extrêmement intéressants, ils méritent d'être étudiés avec soin; jamais l'ergotine, ni surtout l'ergot administrés à l'intérieur, n'ont produit des effets aussi intenses. Il m'a semblé résulter de l'observation des faits comparatifs que l'injection interstitielle de l'utérus avait une action double de l'injection hypodermique.

L'ergotine produit des phénomènes d'empoisonnement qui retentissent sur l'organisme tout entier. Voici ce qu'éprouvent les malades :

Tournoiement de la tête survenant immédiatement après l'injection ; frissons, tremblements, troubles de la vue, assoupissement, face grippée, dépression allant jusqu'à la syncope, vomissements, diarrhée, douleurs dans la tête, dans le ventre, dans les reins, dans les tumeurs, quelquefois très-vives. Le

pouls devient petit et le malaise général est tel que certaines malades ont cru être sur le point de succomber et que cette crainte a été partagée par leur entourage.

Voici le relevé de mes observations au sujet du nombre des effets produits.

	Tournoiement de la tête.	8 fois.
	Frissons.	17 —
	Tremblements.	2 —
	Syncope.	2 —
	Assoupissement.	1 —
	Face grippée.	1 —
Douleurs.	Reins.	6 —
Douleurs.	Tumeurs.	40 —
Douleurs.	Jambes.	2 —
Douleurs.	Cuisses.	2 —
Douleurs.	Articulations.	1 —
Douleurs.	Céphalalgie.	5 —
Douleurs.	Coliques.	6 —
	Eruption herpétique des lèvres.	2 —
	Vomissements bilieux.	16 —
	Diarrhée.	1 —

La dose a varié de 10 à 60 gouttes, c'est-à-dire de 0,10 à 0,60 centigrammes. La durée des accidents a été de 4 à 24 heures. Le nombre des injections a été de 66 réparties sur 23 malades.

Enfin, je dois signaler dans deux cas des hémorrhagies survenues immédiatement.

Dans un cas, j'ai attribué cet accident à ce que la tumeur était en voie de régression et ulcérée intérieurement. La contraction produite par la tumeur détermina une hémorrhagie que tous les moyens habituels ne purent surprendre. Je réussis à l'arrêter en introduisant dans l'utérus 3 petites flèches de Canquoin.

Deux fois seulement des abcès sont survenus à la suite de mes injections. L'un de ces abcès se produisit sur la lèvre antérieure du col et l'autre au-dessus de l'ombilic dans un

fibrome volumineux; dans l'épaisseur duquel j'avais pratiqué l'injection à travers la paroi abdominale. Il est vrai de dire que la malade, fortement améliorée par plusieurs injections semblables faites auparavant, avait demandé à sortir peu de temps après la dernière injection. A la suite de cet abcès, elle eut des accidents graves, et je n'obtins la guérison, qu'en lui passant un drain. (Comme on le voit par l'exposé qui précède.) Les effets physiologiques ont eu dans certains cas une grande intensité et ont été beaucoup plus énergiques que si l'ergotine avait été administrée à l'intérieur. Néanmoins dans aucune circonstance je n'ai eu à me repentir d'avoir usé de doses un peu fortes, et les malades se sont rapidement rétablies sans conserver aucune trace des malaises qu'elles venaient d'éprouver.

Dans le tableau qui précède, j'ai mis en relief les symptômes éprouvés par nos malades, mais je dois faire remarquer qu'aucune ne les a tous éprouvés simultanément.

EFFETS THÉRAPEUTIQUES.

L'idée d'employer l'ergotine pour le traitement des fibromes repose sur le fait de la contraction que ce médicament détermine sur les fibres utérines. Les fibromes utérins ayant comme l'utérus des fibres musculaires lisses, on espère en déterminant fréquemment leur contraction obtenir une modification circulatoire favorable. Les douleurs nettement accusées par les malades dans l'utérus et dans les tumeurs après l'absorption de l'ergotine dénotent bien la contraction de ces fibres. Cette contraction douloureuse se produit même dans les fibromes sous-péritonéaux, pour lesquels Hildebrandt excluait l'ergotine, à tort suivant moi.

Comme résultat pratique, je déclare n'avoir jamais vu de de fibrome disparaître. J'en ai vu quelques-uns diminuer et plusieurs ont cessé de croître, 12 fois sur 23 malades, une amélioration évidente a été constatée.

Les métrorrhagies ont été arrêtées à la longue et surtout

l'état général des malades s'est amélioré sensiblement. Dans un cas un polype a été expulsé.

Si, comme Hildebrandt, je n'ai pas obtenu la disparition complète des tumeurs, faut-il en conclure que l'injection interstitielle est moins efficace que l'hypodermique; telle n'est point mon opinion.

Le médecin allemand, en injectant 0,20 centigr. chaque jour, avait pour but de tenir constamment ses malades sous l'influence du médicament; j'ai préféré au contraire produire une contraction intense sur les fibres utérines et je l'ai obtenue comme le témoignent les douleurs abdominales et tout le cortège des phénomènes physiologiques énumérés plus haut.

J'ai porté directement l'ergotine dans le tissu de l'utérus, dans le but d'agir plus directement sur la fibre utérine.

Il est rationnel d'appliquer le médicament aussi près que possible de l'organe malade. Ainsi pour dilater la pupille, il est certainement plus efficace d'appliquer l'atropine en collyre plutôt qu'en injection hypodermique.

Je crois, du reste, être en mesure d'affirmer que l'ergotine a produit des effets plus énergiques à dose égale, lorsqu'elle a été injectée dans l'utérus, que par la méthode hypodermique. J'ai sous les yeux le relevé de 20 injections d'ergotine, 10 dans l'utérus et 10 sous la peau du ventre. La dose a été de 0,40 centigrammes dans tous les cas. Dans ceux de la première série, outre les douleurs dans le ventre et dans les lombes, il y a eu des tremblements et des phénomènes généraux très-accusés. Dans ceux de la seconde, je n'ai observé que des douleurs dans le ventre et des malaises vagues, bien différents de ceux que j'ai décrits.

En résumé l'ergotine est un médicament qui donne des résultats satisfaisants pour combattre les fibromes utérins. Il sera habituellement préférable, je crois, de l'injecter directement dans le tissus de l'utérus. Je me propose d'agir de même dans les cas d'engorgement de l'utérus avec atonie.

Pour les métrorrhagies puerpérales ou autres, il sera plus commode d'employer la méthode hypodermique. Enfin, lorsque les fibromes sont très-volumineux et qu'ils occupent une partie

de la cavité abdominale, on pourra injecter directement dans leur épaisseur, mais pour éviter les abcès, il faudra s'entourer de toute espèce de précautions, c'est-à-dire veiller à la bonne qualité de l'injection, éviter le froid et faire garder le repos.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LES KYSTES HYDATIQUES DU PETIT BASSIN

CHEZ LA FEMME (1)

Par le Dr F. Villard (de Guéret)
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Le développement des kystes hydatiques dans le petit bassin chez la femme ne s'observe pas fréquemment : aussi la plupart des ouvrages classiques sont muets sur cette affection. A part, en effet, un mémoire de M. Charcot, publié dans les Bulletins de la Société de Biologie et où la question est envisagée à un point de vue plus général, à part un chapitre du livre de M. Davaisne sur les *Entozoaires* et quelques lignes de M. Mauriac dans ses annotations à l'ouvrage de West sur *les maladies des femmes*, nous n'avons rien ou presque rien trouvé relativement à cette variété de manifestations des hydatides. Aussi le fait suivant, que nous avons eu occasion d'observer, nous a-t-il paru intéressant et digne d'être publié : tout incomplet qu'il se trouve, il peut cependant donner lieu à d'importantes considérations cliniques. Voici cette observation :

---

(1) Ce travail a été envoyé à la Société clinique de Paris.

OBSERVATION. — B..... (Marie), âgée de 32 ans, bien constituée, d'un certain embonpoint, n'a jamais eu de maladies antérieures graves. Elle est mère de quatre enfants ; tous ses accouchements se sont faits à terme, sans difficulté, le dernier, il y a trois ans. Elle a toujours été réglée régulièrement tous les mois ; aucune autre particularité à noter du côté des antécédents.

Il y a sept semaines environ, à l'époque de la période menstruelle, les règles ne sont pas venues et ce n'est que quinze jours après qu'elles ont paru, mais beaucoup moins abondantes qu'auparavant. Leur apparition a été accompagnée d'une fatigue beaucoup plus grande qu'à l'ordinaire, d'une céphalalgie plus vive, de douleurs lombaires inaccoutumées. Le troisième jour, la malade fut obligée de se mettre au lit ; elle éprouvait une faiblesse excessive, un malaise considérable ; elle avait des envies de vomir et des vomissements bilieux et éprouvait des douleurs vives dans le bas-ventre. Elle ne peut dire si le début de ces douleurs fut subit ; nous devons mentionner que la malade est une femme de la campagne, courageuse et active et qu'elle n'a dû céder que devant la violence excessive de la douleur. Les jours qui suivent, les mêmes symptômes se produisirent et même s'accentuèrent davantage ; les vomissements devinrent plus fréquents. C'est alors que nous fûmes appelé auprès de la malade, mais des circonstances particulières ne nous permirent pas de nous rendre auprès d'elle. Le médecin qui fut consulté prescrivit une potion morphinée, du chloral, des injections sous-cutanées d'une solution de morphine, le remède de Durande. Un second médecin fit appliquer un vésicatoire à l'épigastre ; un troisième eut recours aux même moyens ; tout cela fut sans résultat sur la marche des accidents.

Le 3 janvier, nous avons vu la malade pour la première fois ; voici l'état dans lequel elle se trouvait alors : Elle est dans le décubitus dorsal ; sa face exprime la souffrance ; ses traits sont tirés ; elle présenti une coloration ictérique généralisée assez intense depuis deux ou trois jours. Son pouls est petit, fréquent et bat 120 fois par minute ; la peau est modérément chaude. Elle a des vomissements bilieux fréquents ; la langue est nette, sans enduit saburral, un peu rouge cependant. La malade se plaint d'une céphalalgie vive, de douleurs lombaires et d'un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, mais sans élancements douloureux. Elle accuse une très-grande faiblesse ; depuis un mois, elle a des pertes continuelles, quoique peu abondantes, d'un sang noirâtre. Elle urine difficilement et en petite quantité à la fois ; il y a de la constipation.

En examinant l'abdomen, voici ce que l'on constate : à travers les parois abdominales assez épaisses, mobiles, on sent par la palpation une tuméfaction profonde, occupant le petit bassin, dépassant la

ligne médiane à gauche, mais s'étendant surtout à droite dans l'hypochondre où elle remonte jusque dans le voisinage du foie près duquel elle se termine en pointe. En examinant plus attentivement, on circonscrit assez bien deux tumeurs, une en avant, située sur la ligne médiane, dure, non douloureuse, paraissant être l'utérus projeté en avant ; la seconde, plus profonde, douloureuse à la pression et occupant surtout l'hypochondre droit.

Par le toucher vaginal, on constate que le col de l'utérus est appliqué immédiatement derrière le pubis; il est entre-ouvert et admet facilement la première phalange du doigt ; ses lèvres sont complètement effacées. En arrière du col, on sent une tumeur arrondie, modérément douloureuse, ni dure, ni molle, plutôt élastique et qui occupe tout le cul-de-sac postérieur où elle fait une saillie tellement considérable que le col semble enfoncé dans sa circonférence supérieure. On ne sent pas dans cette tumeur de battements appréciables ; elle est modérément chaude. Le toucher rectal est difficile et douloureux ; en le combinant avec le toucher vaginal, on sent l'existence d'une tumeur placée entre le rectum et l'utérus, refoulant le premier contre le sacrum, l'autre contre l'arcade pubienne.

En présence de ses symptômes et des antécédents de la malade, nous avons pensé à l'existence d'une hématocèle retro-utérine. Nous avons cherché à calmer les vomissements au moyen de la glace et des opiacés ; des lavements ont été prescrits en même temps que l'application sur le ventre de compresses préalablement trempées dans l'eau froide et nous avons attendu prêt à intervenir plus activement à la première indication.

La malade a été visitée tous les jours suivants : aucun changement notable ne se manifesta dans son état.

8 *janvier*. — Il y a une amélioration relative ; les vomissements ont cessé; la teinte ictérique de la peau est un peu moins accentuée. L'écoulement sanguin continue, quoique très peu abondant. Il n'y a aucune modification appréciable des symptômes constatés du côté du bassin. Le pouls est toujours petit, à 120 pulsations ; il y a une faiblesse assez considérable. On soutient les forces au moyen de bouillons, potages, eau vineuse et quinquina.

12 *janvier*. — La malade est dans une prostration considérable ; la teinte ictérique a augmenté ; la face est grippée ; le pouls petit, filiforme.

13 *janvier*. — Ce matin, on vient nous appeler à quatre heures ; la malade, dit-on, vient d'accoucher d'*œufs de serpent*. A notre arrivée auprès d'elle, on nous présente deux vases de la contenance chacun de 2 litres environ, remplis de sang, au milieu duquel nagent une innombrable quantité de vésicules d'hydatides ; les plus volumi-

neuses sont de la grosseur d'une aveline ; le plus grand nombre ne présentent pas un volume supérieur à celui d'un petit pois.

La malade est dans une prostration profonde ; la face est couverte de sueurs visqueuses ; la malade n'articule qu'à voix basse quelques paroles entre-coupées.

Par le toucher vaginal, on trouve que le col plus saillant est entre ouvert et admet la pulpe du doigt. La tumeur située dans le cul-de-sac postérieur est affaissée et le doigt introduit plus profondément constate l'existence d'une large déchirure anfractueuse, irrégulière, de ce cul-de-sac, déchirure qui fait communiquer le vagin avec la cavité du petit bassin.

La malade succombe quelques heures après.

Pour compléter cette observation, il eût été indispensable de pratiquer l'autopsie de cette femme. Cet examen nous fut refusé. Il eût été en effet fort intéressant de connaître les rapports de la tumeur kystique avec les organes circonvoisins, d'établir son point de départ anatomique et sa marche pathologique. Tout en regrettant cette lacune, nous allons essayer de la combler en analysant quelques-uns des faits de même nature qui ont été consignés par les auteurs que nous avons nommés en commençant, faits dont la plupart présentent de grandes analogies avec celui que nous venons de rapporter.

II

Chez la femme, les kystes hydatiques du petit bassin peuvent avoir un point de départ variable ; le plus souvent, ils se développent dans le tissu cellulaire extra-péritonéal qui revêt les organes contenus dans la cavité pelvienne (Obre, Charcot). D'autres fois, ils ont pour siége primitif un des ovaires (Basset, Dubois et Boivin). Chez une enfant âgée de 2 ans, Méry a trouvé un ovaire rempli d'une espèce d'œufs d'une grosseur relativement considérable, — les plus gros avaient 5 ou 6 lignes de diamètre, — et qu'il considère comme des hydatides (Davaisne). A l'autopsie d'une jeune fille aliénée et qui se tua en se précipitant par une fenêtre, Esquirol trouva des hydatides dans l'ovaire gauche ; il y avait en même temps deux kystes énormes dans le foie (Davaisne).

Lorsque les tumeurs hydatiques se développent dans le tissu cellulaire extra-péritonéal, leur siége est, on le conçoit, très-

variable : on les a observées en effet dans presque tous les points du petit bassin. Dans un cas observé par M. Charcot, il existait deux tumeurs, l'une adhérente à la face antérieure du rectum, l'autre au col de l'utérus. Le kyste peut se trouver dans le méso-rectum (Obre); il peut se développer dans la cloison recto-vaginale (Blot, Roux).

Quand la tumeur a un des ovaires pour point de départ, elle fait subir à ce dernier des modifications importantes dans ses rapports avec les organes circonvoisins. Le plus souvent, dans ce cas, lorsque la tumeur a acquis un certain volume, elle tombe dans le cul-de-sac recto-vaginal (Basset, Dubois et Boivin), et détermine alors la production de phénomènes analogues à ceux qui sont le résultat d'un kyste primitivement développé dans cette région.

Quel que soit le point de départ de l'altération, qu'elle se soit développée primitivement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ou que la tumeur soit tombée dans la cavité pelvienne, lorsqu'elle a eu pour point de départ l'un des ovaires, les manifestations anatomo-pathologiques sont identiques. Ce sont d'abord des phénomènes d'irritation circonscrite, d'où résultent des adhérences plus ou moins solides avec les organes qui se trouvent en rapport avec la poche kystique. Ces phénomènes inflammatoires sont en général restreints au début ; plus tard ils sont susceptibles de s'étendre, de se généraliser et alors ils ne tardent pas à amener la mort, ainsi que cela s'est produit chez la malade dont nous avons rapporté l'histoire.

En dehors de ces lésions de péritonite partielle ou généralisée, la pression qu'exerce la tumeur sur les organes qui l'avoisinent détermine dans ces mêmes organes des altérations remarquables. Du côté du rectum, cette compression a pour résultat l'hypertrophie des fibres musculaires de ce canal dans la portion située au-dessus de la tumeur : c'est ce qui existait dans le cas observé par M. Charcot. Dans une observation rapportée par le Dr Obre, la compression du rectum est arrivée à un tel degré que les parois de ce canal au niveau de la compression ont été trouvées ulcérees et détruites ; une ulcération semblable s'était formée dans un cas rapporté par Trousseau.

Du côté de la vessie, mêmes phénomènes, mêmes dispositions des fibres musculaires qui s'hypertrophient comme celles du rectum. Cette hypertrophie est d'autant plus prononcée que la compression exercée par le kyste porte davantage sur le corps de l'organe; si au contraire, cette dernière s'exerce surtout au niveau du col vésical, on observe une dilatation plus ou moins considérable du réservoir urinaire (Leudet, Barré). Quel que soit le siége de la compression sur la vessie, ou note toujours comme conséquence de cette compression une dilatation des uretères qui sont quelquefois déviés de leur direction : cette dilatation peut même s'étendre aux bassinets et aux calices (Leudet).

Les tumeurs hydatiques du petit bassin, comme du reste toutes les tumeurs de diverse nature qui siégent dans cette région, peuvent agir sur les reins par l'obstacle qu'elles apportent au cours de l'urine dans les uretères et par la rétention consécutives de ce liquide dans les bassinets et les calices. Rayer a appelé l'attention sur cette cause des maladies des reins et il nous a semblé opportun de la rappeler ici. Du reste, dans une des observations que nous avons analysées, celle de Leudet, on trouva les reins atrophiés.

Le vagin subit des modifications importantes par le fait de la pression exercée sur ses parois. Il peut être refoulé contre l'arcade pubienne, ou applati dans son sens antéro-postérieur, ou dévié soit à droite, soit à gauche. L'utérus participe aux mêmes changements : il est quelquefois repoussé en haut et en avant contre le pubis ou contre la paroi antérieure de l'abdomen; on peut le trouver applati et plus ou moins déformé. Dans un cas, une des trompes était adhérente à la tumeur, communiquait avec la poche kystique et présentait une certaine dilatation (Barré).

La tumeur hydatique du petit bassin peut être unique; quelquefois, il en existe plusieurs (Obre, Charcot); souvent, elle coexiste avec des tumeurs de même nature développées dans d'autres organes, le foie, l'épiploon, etc. (Roux, Barré, Turner).

Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'anatomie patholo-

gique de la tumeur kystique proprement dite; nous dirons seulement que le kyste renferme quelquefois un grand nombre de vésicules nageant dans un liquide tantôt transparent, tantôt trouble et de consistance variable. Dans le cas que nous avons observé, il en existait un nombre considérable, plusieurs centaines, dont le volume variait depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'une grosse noisette. D'autres fois, le kyste ne contient qu'une seule hydatide, qui le remplit en entier et tapisse ses parois (Roux, Blot).

III

La forme symptomatique que revêt la tumeur hydatique du petit bassin chez la femme est très-vague. Le plus souvent, on peut dire toujours, les symptômes qui appartiennent à cette affection manquent de la précision et de la netteté nécessaires pour qu'il soit possible, nous ne dirons pas d'en reconnaître, mais même d'en soupçonner l'existence. Durant tout le cours de la maladie, ces symptômes restent indéterminés, latents pour ainsi dire, et parfois lorsqu'ils se manifestent d'une manière plus ostensible, ils présentent un tel caractère de généralité et sont parfois accompagnés de phénomènes si insolites qu'ils ont pu mettre en défaut l'expérience la plus consommée.

Quoi qu'il en soit, nous allons essayer de passer en revue les signes que nous avons notés dans les observations que nous avons analysées : ces signes découlent tout naturellement des données anatomo-pathologiques qui précèdent. Ce sont d'abord des phénomènes résultant de la compression exercée sur les divers organes de la cavité pelvienne, le rectum, la vessie, l'utérus, etc. Dans presque tous les cas, on constate une grande difficulté de la défécation ; les garde-robes sont souvent très-douloureuses et la constipation est quelquefois tellement opiniâtre qu'elle résiste aux purgatifs et aux lavements (Obre). La miction le plus souvent ne s'effectue que très-difficilement ; on observe de la rétention et on est obligé de recourir au cathétérisme qui est toujours très-pénible et parfois impraticable

(Basset, Leudet). Dans un cas, les besoins d'uriner étaient au contraire devenus très-fréquents (Trousseau). — Dans quelques circonstances, l'altération semble exercer une influence sur les fonctions menstruelles et on observe ces retards dans l'apparition des règles, retards ordinairement suivis de pertes plus ou moins abondantes.

Du côté du vagin, on note des phénomènes importants. Le toucher vaginal est souvent difficile et dans certains cas le doigt ne peut pénétrer profondément sans occasionner de très-vives douleurs (Barré). Cet examen, toutes les fois qu'il a pu être pratiqué, a permis de constater la présence d'une tumeur située à peu de distance de l'orifice vulvaire, saillante dans le cul-de-sac vaginal, où elle proémine quelquefois de façon à dépasser le col utérin : ce dernier est presque toujours porté en haut et comme effacé. D'autres fois la tumeur soulève la paroi postérieure du vagin, aplatit ce canal d'arrière en avant ou latéralement et peut dans ces dernières circonstances apporter un obstacle sérieux à l'accouchement, comme cela s'est produit dans un cas relaté par Blot et dans un autre fait observé par Roux ; un obstacle de même nature existait également chez une femme dont Park a rapporté l'histoire. Sous le doigt, la tumeur présente quelquefois une consistance molle, plus souvent élastique, comme nous l'avons constaté dans notre observation.

Le toucher par le rectum fait connaître des symptômes analogues à ceux fournis par le toucher vaginal. Aussi, cet organe est-il refoulé dans la concavité du sacrum ; ses parois sont appliquées l'une contre l'autre, à tel point que le doigt éprouve une grande difficulté pour y pénétrer et qu'ensuite il s'y trouve fortement pressé. Cette double exploration par le vagin et par le rectum a pour résultat de montrer l'existence d'une tumeur développée ou tombée dans le cul-de-sac péritonéal placé entre ces deux organes et les refoulant l'un en avant contre le pubis, l'autre contre le sacrum. Par la palpation abdominale combinée avec le toucher vaginal, on trouve quelquefois l'utérus repoussé en haut, relevé et appliqué contre la paroi abdominale, comme dans le cas observé par Leudet.

Enfin, lorsque la tumeur hydatique a acquis un certain dé-

veloppement, elle arrive à comprimer les nerfs et les vaisseaux abdominaux, d'où, comme conséquence, d'abord un sentiment de pesanteur dans ce bassin, puis un engourdissement plus ou moins considérable des membres abdominaux et de l'œdème des membres inférieurs (Barré).

Du côté de l'abdomen, la palpation fait reconnaître l'existence d'une tumeur occupant la région pelvienne supérieure, mate à la percussion, de volume variable, pouvant s'étendre plus ou moins haut dans la région hypogastrique. Dans le cas observé par Dubois et Boivin, la tumeur remontait jusqu'au niveau de la face inférieure du foie ; chez la femme dont nous avons rapporté l'histoire, la poche hydatique s'étendait dans l'hypochondre droit jusqu'au voisinage du foie près duquel elle se terminait en pointe. Dans certains cas, lorsque la poche est très-volumineuse, en palpant avec soin, on peut circonscrire deux tumeurs, l'une en avant sur la ligne médiane, dure, non douloureuse : c'est l'utérus qui fait relief à la face antérieure de la tumeur kystique que l'on sent plus profondément. Quant à la consistance de cette dernière, perçue à travers les parois abdominales, elle est quelquefois dure, tendue; d'autre fois élastique, offrant tous les caractères de la présence d'un liquide dans son intérieur (Barré).

Tels sont, en quelques mots, les caractères des kystes hydatiques du petit bassin chez la femme : on le voit, ces caractères sont ceux de toutes les tumeurs susceptibles de se développer dans la cavité pelvienne. Dans aucune des observations que nous avons analysées, il n'est fait mention de l'existence ou de la non-existence du frémissement hydatique.

Lorsque la tumeur hydatique est parvenue à son état de développement, elle peut présenter d'autres particularités. Le plus souvent, sans causes appréciables, cette tumeur, jusqu'alors indolente ou à peu près, devient tout à coup le siége de douleurs vives, lancinantes, que la plus légère pression exaspère ; la malade est en même temps prise de frissons, de fièvre, de nausées, de vomissements. Quelquefois, après plusieurs jours de durée, ces accidents généraux et locaux, qui toujours inspirent des craintes sérieuses, cessent rapidement

et l'on voit s'écouler par une ouverture spontanée une ou plusieurs vésicules hydatiques, nageant dans un liquide plus ou moins mélangé de sang (Trousseau). Ce n'est pas toujours par le même point que se font ces ouvertures spontanées : deux organes, le vagin et le rectum sont en rapport avec la tumeur, aussi est-ce à travers l'une ou l'autre de ces deux cavités que se font les perforations spontanées que l'on peut observer. Dans ces cas, les hydatides peuvent être évacuées complètement et la guérison est la conséquence de cette évacuation : toutefois cette heureuse terminaison est rare. Le kyste du petit bassin, en effet, a peu de tendance par lui-même à se cicatriser, ce qui tient probablement à la disposition anatomique des parties qui ne se prêtent pas aisément au rapprochement des parois de la poche, surtout lorsque des adhérences existent entre elles et les organes voisins.

D'autrefois les phénomènes généraux et locaux au lieu de s'amender augmentent d'intensité. Les vomissements persistent, les douleurs deviennent plus aigües; le ventre est ballonné, tendu ; le pouls de plus en plus accéléré devient petit, misérable ; la prostration des forces s'accentue de plus en plus et la malade épuisée ne tarde pas à mourir dans le marasme (Basset, Obre, Leudet). C'est ainsi qu'à succombé la femme que nous avons observée, malgré l'ouverture spontanée produite par la déchirure du cul-de-sac vaginal et l'expulsion du contenu de la tumeur.

Dans quelques cas, le chirurgien n'a pas attendu l'arrivée des accidents que nous venons mentionner ; il a vidé la tumeur par une ponction pratiquée dans le vagin. C'est ce qui eut lieu dans le cas rapporté par Dubois et Boivin : une incision fut faite à travers les parois vaginales ; il s'écoula environ vingt litres de liquide épais contenant des hydatides ; la malade mourut néanmoins un mois après. C'est également ce qui fut fait par Blot chez une femme en travail : une tumeur hydatique mettait un obstacle absolu au passage de la tête du fœtus ; une ponction faite immédiatement donna issue au liquide de la poche et l'accouchement se fit sans difficulté. Roux a eu recours au même moyen chez une femme âgée de 38 ans : une

incision de la paroi vaginale fit sortir un liquide diaphane contenant des hydatides ; on fit des injections dans la poche et la guérison ne tarda pas à s'opérer.

Enfin le kyste peut se rompre du côté de la cavité abdominale et son contenu s'épancher dans le péritoine. Nous n'avons pas trouvé cet accident signalé dans les observations que nous avons analysées, mais il n'est pas impossible qu'il se produise. Il est inutile de dire que dans ce cas la mort suivrait de près l'épanchement péritonéal.

Tels sont les principaux modes de terminaison que l'on peut observer dans l'affection qui nous occupe. Lorsque la mort arrive, ce n'est pas par le fait direct de la maladie elle-même, mais toujours à la suite de quelques complications : le plus souvent la malade meurt d'accidents de péritonite.

IV

L'indécision la plus grande, on vient de le voir, plane sur la symptomatologie des tumeurs hydatiques du petit bassin chez la femme. Il est bien un signe pathognomonique de cette affection : c'est le frémissement particulier perçu par la main appliquée sur la tumeur et qui, s'il pouvait être constaté aisément, lèverait toute espèce de doute sur la nature du mal ; mais, nous l'avons déjà dit, dans les observations que nous avons analysées, il n'en est fait mention nulle part. La non constatation de ce symptôme tient évidemment à deux causes : d'abord, il est probable que dans le plus grand nombre des cas il n'a pas été recherché ; en second lieu, si cette recherche a été faite quelquefois, la profondeur de la tumeur située au fond du petit bassin, au milieu des organes contenus dans sa cavité, n'a pas permis de l'apprécier d'une façon évidente.

Dans le paragraphe qui précède, nous avons essayé de grouper les signes qui peuvent caractériser l'affection qui nous occupe ; nous avons cherché à en présenter les particularités les plus saillantes. Il résulte de cet exposé qu'il est bien rare

que tous les symptômes que nous avons énumérés se trouvent réunis chez un même individu ; mais le seraient-ils, ils ne constitueraient qu'une somme de probabilités, bien éloignée d'une certitude. Ce n'est en effet que par exclusion, et par une exclusion rigoureuse, que l'on pourra arriver à songer à une tumeur hydatique, affection dont le diagnostic, à cause du siége et de la nature du mal, est entouré de si grandes difficultés que les cliniciens les plus éminents ont pu tomber dans l'erreur sur ce point, ainsi que le témoigne le fait suivant :

Il s'agit d'une jeune femme de 19 ans, qui se trouvait à l'Hôtel-Dieu dans le service de Trousseau. Mal réglée, elle avait éprouvé des douleurs de ventre assez violentes, lors d'un écoulement menstruel incomplet. Quelques mois plus tard, elle fut prise subitement de douleurs dans le petit bassin, douleurs qui s'étendaient surtout dans le côté droit de l'abdomen. Le toucher vaginal permit de reconnaître que l'utérus tout entier était porté vers la symphise pubienne ; une tumeur de la grosseur du poing avait son siége en arrière de la matrice et occupait surtout la partie latérale droite du petit bassin ; le rectum semblait faire corps avec la tumeur et le toucher rectal était très-douloureux. La défécation était empêchée par la douleur ; les besoins d'uriner étaient devenus fréquents. En présence de ces symptômes, Trousseau pensa à l'existence d'une hématocèle rétro-utérine ; mais dix jours après le début des accidents, la malade fut prise de ténesme anal, avec écoulement de matière sanieuse par le rectum. En même temps, la tumeur s'affaisa, et quelques jours plus tard la sortie d'une fausse membrane blanche, lisse et molle, analogue aux enveloppes des hydatides, coïncidant avec la disparition de la tumeur, lui fit abandonner l'idée d'une tumeur sanguine pour s'arrêter à celle d'un kyste hydatique enflammé et éliminé par ulcération. (Trousseau, Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, t. III). M. Bernutz avoue avoir commis une semblable erreur et avoir pris pour une hématocèle un kyste hydatique très-considérable de l'excavation pelvienne, kyste qui s'était enflammé et dont les manifestations douloureuses avaient coïncidé avec une époque menstruelle. (*Nouveau Dict. de méd. et de chirurg. prat.*, art. Hématocèle).

Il résulte de ces observations que la tumeur hydatique du petit bassin, lorsqu'elle vient à s'enflammer, peut parfaitement présenter l'appareil symptomatique que revêt l'hématocèle rétro-utérine et que le diagnostic différentiel entre ces deux affections ne saurait être passé sous silence.

Nous avons en effet un nouvel exemple frappant des analogies qui existent entre les signes de la tumeur hydatique du bassin et de l'hématocèle, dans le fait que nous avons observé et qui a été relaté en commençant. Ici, comme dans l'hématocèle, le début a été brusque, subit, caractérisé par une douleur vive, accompagné d'un écoulement sanguin après un retard dans l'apparition de la période menstruelle. Comme dans l'hématocèle, il existe une tumeur située entre le rectum et l'utérus, indépendante de cet organe et que le toucher vaginal montre d'une consistance élastique. En relisant notre observation et en faisant appel à nos souvenirs, nous avons vainement cherché un signe capable de différencier, dans la circonstance actuelle, la tumeur hydatique d'une tumeur sanguine : dans les deux cas, ce sont les mêmes phénomènes généraux, fièvres, nausées, vomissements, etc., et des manifestations locales analogues. Nous avons négligé, il est vrai, la recherche d'un symptôme, le frémissement hydatique : les faits observés par Trousseau, et par M. Bernutz, celui que nous avons relaté, démontrent que cet oubli doit être évité toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une tumeur du petit bassin rappelant par ses caractères les signes d'une poche kystique développée dans cette région,

Nous avons trouvé dans les *Bulletins de la Société anatomique* un autre fait qui présente une grande analogie avec les trois auxquels nous venons de faire allusion. Il s'agit d'une femme de 30 ans qui vint à la Pitié, à la fin de l'année 1827, dans le service de Serres, et dont l'observation a été publié par Barré, en 1828. Depuis deux mois, ses règles n'avaient pas paru ; elle se crut enceinte, et ce qui la confirma dans cette opinion c'est le développement d'une tumeur dans le bas-ventre. Peu de jours après qu'elle eut fait cette constatation,

elle fut prise de douleurs vives dans la région où siégeait cette tumeur; en même temps la fièvre se développa; elle eut des nausées, des vomissements et, pendant plusieurs jours, elle éprouva un écoulement sanguin abondant. La tumeur était dure, tendue, élastique, offrant tous les caractères de la présence d'un liquide dans son intérieur; les selles et les urines étaient rares; le cathétérisme d'abord difficile devint bientôt impossible. Le toucher vaginal très-douloureux permit de constater entre le rectum et l'utérus l'existence d'une tumeur élastique qui se laissait comprimer difficilement. Les accidents s'aggravèrent de jour en jour; la fièvre devint plus vive, accompagnée de frissons; les douleurs augmentèrent; la malade s'affaiblit de plus en plus et ne tarda pas à succomber dans le marasme.

Ici encore, comme chez la malade de Trousseau, comme dans notre observation, nous voyons une femme jeune, chez laquelle se produit une tumeur dont le développement est accompagné de malaises, précédé et suivi de troubles menstruels, d'une suppression de règles d'abord, puis d'une perte sanguine et de douleurs vives dans le bassin, douleurs escortées de phénomènes généraux intenses. La malade se croit d'abord enceinte et l'apparition d'une tumeur dans le bas-ventre vient la confirmer dans cette idée : ce n'est que plusieurs jours après que surviennent des phénomènes généraux et un écoulement sanguin abondant. Dans cette circonstance, avec une telle succession de symptômes, on aurait pu songer à une grossesse extra-utérine dont le kyste s'était enflammé plutôt qu'à une hématocèle, bien qu'il soit très-difficile pour ne pas dire impossible le plus souvent d'établir un diagnostic différentiel entre ces deux états pathologiques dont nous considérons du reste le mode pathogénique comme absolument identique.

Nous n'insisterons pas davantage sur le diagnostic de la tumeur hydatique du petit bassin avec l'hématocèle ou un kyste fœtal, d'autant plus que dans les exemples que nous venons de signaler, nous n'avons trouvé aucun signe capable de différencier ces diverses affections au moment où les faits

ont été observés. Nous nous bornons donc à rappeler une fois de plus les analogies qui existent entre elles et à indiquer la confusion qui peut en être le résultat.

Le kyste hydatique du petit bassin sera difficilement confondu avec un abcès de cette région ; la marche de la maladie est bien différente et les phénomènes symptomatiques présentent également des dissemblances sur lesquelles nous n'avons pas besoin d'insister. Les tumeurs fibreuses ou cancéreuses seront facilement distinguées par leur consistance. Cependant, dans certains cas, l'erreur peut se produire. Nous avons toujours présente à l'esprit l'histoire d'une malade que nous avons observée dans le service de M. Gallard, à la Pitié, en 1870, et dont nous avons consigné l'observation dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui deux mois avant son entrée à l'hôpital, au moment de sa période menstruelle, fut prise de douleurs très-vives dans le bas-ventre, douleurs qui l'obligèrent à garder le lit. Un mois après, elle éprouva les mêmes accidents et vint demander des soins à l'hôpital. Elle avait la face pâle, amaigrie; elle se plaignait de douleurs vives dans le bas-ventre, et en examinant l'abdomen, on le trouvait tendu, déformé, et par la percussion on limitait une tumeur remplissant le petit bassin et qui remontait á 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Par le toucher vaginal, on trouvait, située en arrière de l'utérus, une tumeur un peu mollasse et indolente. L'utérus était refoulé en avant et en haut; son col était appliqué derrière le pubis. Les garde-robes étaient difficiles et la miction impossible sans le cathétérisme. Les symptômes s'aggravèrent rapidement; il survint de l'œdème des membres inférieurs, des nausées, des vomissements, et la malade ne tarda pas à succomber. On avait d'abord pensé à l'existence d'une hématocèle : la marche de la maladie fit abandonner ensuite cette opinion et on se rattacha alors à l'idée d'une affection organique. L'autopsie révéla en effet l'existence d'un sarcome volumineux de l'ovaire droit, contenant dans son épaisseur un grand nombre de poches formant autant de kystes de dimensions variables, les plus gros atteignant le volume d'une tête de fœtus. Ces kystes étaient rem-

plis d'un liquide sanguinolent. Au-dessous du col de l'utérus et de la paroi postérieure du vagin, on trouvait une poche kystique de la grosseur du poing d'un adulte et remplie de caillots : c'est sur cette poche qu'arrivait directement le doigt lorsqu'on pratiquait le toucher vaginal. Dans ce fait, il n'eût pas été plus irrationnel de songer d'abord à l'existence d'un kyste hydatique qu'à celle de l'hématocèle et plus tard, la marche de la maladie n'aurait pas plus indiqué la présence d'une affection sarcomateuse que celle d'une tumeur hydatique, si la rareté pathologique de cette dernière affection n'avait fait rattacher tout de suite à l'idée de la première.

Dans un cas, celui de Leudet, la tumeur kystique a été prise pour une maladie de l'utérus, pour une rétroflexion. Nous pensons qu'une semblable erreur est difficile à commettre et qu'un examen attentif peut toujours faire distinguer une lésion utérine; du reste, dans le cas particulier auquel nous venons de faire allusion, le cathétérisme utérin, pratiqué avec précaution, aurait suffi pour lever toute espèce de doute.

Enfin l'existence d'une poche kystique étant reconnue, il s'agit de savoir si on a affaire à un kyste séreux ou à un kyste hydatique. Dans cette circonstance, c'est la fonction exploratrice qui, en permettant l'examen de la composition du liquide, pourra seule établir la distinction.

En résumé, il résulte de l'exposé des faits qui précèdent que, ainsi que nous le disions en commençant ce paragraphe, le diagnostic de la tumeur hydatique du bassin est très-difficile pour ne pas dire impossible. La rareté de cette tumeur, — nous n'avons pu en réunir que douze observations, – le caractère de généralité des signes qu'elle présente, l'analogie de manifestations symptomatiques qu'elle offre avec d'autres affections du petit bassin, sont autant de circonstances qu'il faut se rappeler lorsqu'on se trouve en présence d'une malade dont l'opinion peut faire surgir dans l'esprit l'idée d'une tumeur hydatique du petit bassin, et on ne devra se ranger à cette dernière opinion qu'après avoir procédé par une exclusion rigoureuse.

V

Encore un mot sur le pronostic de la tumeur hydatique du petit bassin et sur le traitement qui a été suivi dans quelques cas. Sur douze exemples de cette affection que nous avons analysés, sept fois la mort a été le résultat des progrès de la maladie; une seule fois la guérison a été due aux efforts de la nature; dans l'observation de M. Charcot, la cause de la mort n'est pas indiquée; dans trois cas seulement l'art a pu intervenir d'une façon efficace : on voit, d'après ces faits, que la tumeur hydatique du petit bassin doit être considérée comme une maladie grave.

Nous avons déjà fait allusion, dans le cours de ce travail, aux cas dans lesquels une intervention chirurgicale a eu lieu. Chez la malade de Blot, une simple fonction suffit pour vider la tumeur; la guérison fut-elle définitive? Il n'en est pas fait mention dans l'observation. Dans trois autres cas, c'est à l'incision des parois vaginales qu'on eut recours : chez la malade de Park, la convalescence fut longue; une suppuration abondante et fétide se manifesta et ce ne fut qu'au bout de huit ou dix semaines que la guérison fut complète. Dans l'observation de Roux, après l'incision, la plaie fut remplie de bourdonnets de charpie; les jours suivants on fit des injections; la suppuration qui s'établit ne tarda pas à diminuer et la guérison s'effectua assez rapidement. La malade dont Dubois et Boivin ont rapporté l'histoire fut moins heureuse : elle succomba un mois après l'incision des parois de la poche, incision qui donna issue à vingt litres environ de liquide analogue à de la bouillie: la mort dans ce dernier fait paraît devoir être attribuée à des phénomènes de résorption putride.

C'est un pareil traitement que nous aurions employé chez la malade dont nous avons rapporté l'histoire, si nous avions pu songer à l'existence d'une tumeur hydatique. C'est à l'incision des parois de la poche plutôt qu'à la ponction que nous aurions recours, si nous nous trouvions encore en présence d'un fait

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] Ch- [illegible] [illegible] -TELE.

DE L'AUSCULTATION DE L'OVAIRE

DANS LES CAS DE KYSTES OVARIQUES AVEC OBSERVATIONS A L'APPUI.

Par le Dr Le Double (de Tours),
Ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté.

MÉMOIRE LU AU CONGRÈS SCIENTIFIQUE DU HAVRE.

Société française pour l'avancement des sciences.

La nommée Cl. V... est entrée le 8 juin 1877 à l'hôpital de Tours.

Voici les renseignements sur son état antérieur, tels qu'ils m'ont été fournis par l'interne du service.

Cette femme, âgée de 56 ans, n'a jamais eu aucune maladie grave. Réglée à 15 ans, l'écoulement sanguin a toujours été abondant, bien coloré et venant à époque fixe.

Mariée une première fois à 20 ans, une seconde fois à 27, elle n'a pas d'enfant et n'a jamais fait de fausse couche. A 47 ans, la menstruation a cessé. Au moment de la ménopause, pendant la dernière année, les règles revenaient seulement tous les trois mois.

Il y a un an, son mari lui donna pendant son sommeil un coup de coude dans le flanc droit, et puis quelque temps après un autre coup dans la région sous-costale gauche. A partir de ce moment, elle ressentit quelques douleurs vagues dans le bas-ventre ; et l'abdomen commença à se gonfler.

Etat actuel. — Le visage est amaigri, il a ce caractère tout particulier qui a été décrit sous le nom de facies ovarien. Le ventre est gros, régulièrement développé sans aucune dilatation veineuse. Le palper permet de constater une tumeur globuleuse légèrement sensible, rénitente, sans bosselure, et nettement fluctuante. On ne la déplace pas en lui imprimant des mouvements de latéralité ou en changeant la malade de côté.

A la percussion, matité absolue depuis le pubis jusqu'à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic.

Par le toucher vaginal je constatai que le vagin était déformé ; à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs existait un coude très-manifeste. Il était impossible d'atteindre le col. Le tou-

cher vaginal combiné avec le palper abdominal éveillait un peu de douleur.

L'exploration par le rectum ne donnait rien de particulier.

Comme signe fonctionnel, la malade se plaint de pesanteur dans l'abdomen ; la respiration est libre, la marche seule est un peu gênée.

Le médecin qui, le premier, a vu cette femme en ville avait été mandé pour tâcher de remédier à une constipation opiniâtre. Un examen attentif lui fit reconnaître une tumeur abdominale à peine douloureuse s'accompagnant de fièvre. Son diagnostic fut : Kyste ovarique uniloculaire enflammé comprimant l'intestin.

Connaissant la dernière communication de M. Laboulbène à l'Académie de médecine sur l'existence du tintement métallique et du bruit de flot de liquide dans certaines tumeurs abdominales, il voulut s'assurer si ces signes stéthoscopiques se rencontraient dans ce cas; il n'entendit aucun bruit. A l'arrivée de la malade à l'hôpital, l'auscultation et la percussion de l'abdomen ont démontré l'exactitude de ces renseignements.

9 juin. Dans l'après-midi après de violentes coliques, la malade va à la selle, elle rend un vase entier (2 litres) de matières fécales d'abord, de pus ensuite, et enfin de matières de couleur lie de vin répandant une odeur infecte.

Croyant à une perforation intestinale, le toucher rectal est pratiqué après cette évacuation, on ne peut atteindre ou trouver aucun orifice de communication.

L'état général n'est pas modifié.

Le soir, seconde garde-robe.

Le 10. Deux nouvelles selles purulentes.

Le 11. Quatre évacuations d'une odeur encore plus intolérable que les précédentes. Tympanite prononcée. Le ventre paraît un peu plus souple à droite.

La succussion hippocratique fait constater le bruit de flot du liquide avec résonnance amphorique, et un tintement métallique.

La malade sent son appétit revenir et demande à manger. Légère alimentation.

Le 12. Une évacuation, aucun changement dans l'état général.

Les 13, 14 et 15. L'œdème gagne les membres supérieurs.

L'urine traitée par l'acide azotique et la chaleur ne contient pas d'albumine bien que sa couleur soit très-foncée : elle ne renferme pas d'urée en excès ni de sucre.

Les 16, 17, 18, 19 et 20. Une seule garde-robe chaque jour.

Celle du 18 ne contient pas le liquide infect rendu habituellement. Bien que les symptômes aigus ne soient pas accentués, le facies de la malade a beaucoup changé, il est plus amaigri, plus tiré, et a pris une teinte terreuse.

Le 21. Une évacuation un peu plus abondante a lieu à 10 heures du matin. Aussitôt la femme accuse une douleur vive dans la partie supérieure et latérale droite de l'abdomen.

Dans l'après-midi la fièvre apparaît, Pouls 115, T. 38,9. la peau est chaude, la langue rouge et sèche; le ventre peu douloureux jusqu'à ce jour est devenu très-sensible.

Trois vomissements glaireux entre cinq et six heures de l'après-midi. La malade est dans un état de somnolence continuelle.

Dans la soirée, aggravation de l'état général. La chaleur de la peau est plus élevée, la température est à 40, et le pouls à 120.

La malade meurt le 22, à 7 heures du matin.

Le traitement consista dans de la tisane de chiendent nitré, une potion calmante additionnée d'un gramme de teinture de digitale, du sirop phéniqué, et du vin de quinquina iodé.

La compression de l'abdomen avec un bandage de corps fut employée après la rupture du kyste dans l'intestin.

Autopsie dix-neuf heures après la mort.

La ridigité cadavérique est peu prononcée.

En appliquant l'oreille sur l'abdomen, et en imprimant au corps une violente secousse on entend encore le bruit de flot et le tintement métallique. Ce dernier a toutefois changé de timbre, il est plus sourd et plus lointain; il n'est plus produit par la percussion comme pendant la vie.

La circonférence de l'abdomen, au niveau de l'ombilic est de $1^m.06$, la distance du pubis à l'appendice xyphoïde de $0^m,41$.

On fait en suivant la ligne blanche une première incision s'étendant de l'appendice xiphoïde au sternum, puis on en trace une seconde, comprise entre les dernières fausses côtes de chaque côté, et perpendiculaire à la précédente qu'elle va rejoindre. On obtient ainsi deux lambeaux supérieurs qui, relevés, laissent voir parfaitement la partie supérieure de la cavité abdominale.

Dès que le péritoine eut été ouvert, des gaz fétides et un liquide jaune opaque, d'une odeur forte alliacée, analogue à celle de la macération et de la gangrène, s'échappa par la solution de continuité. La quantité de liquides contenue dans l'intérieur de la séreuse peut être évaluée à un litre et demi. Le péritoine sus-ombilical dans ses portions viscérale et pariétale est rouge injecté, poisseux, mais non recouvert de fausses membranes.

Le côlon, le petit intestin, l'estomac sont libres. Le foie est refoulé en haut par l'épanchement péritonéal, il a son volume normal et une coloration grise; la vésicule biliaire est un peu volumineuse.

La rate est tuméfiée.

En bas, immédiatement au-dessous de l'ombilic, on voit une tumeur globuleuse appliquée contre la paroi abdominale antérieure à laquelle

elle adhère, tumeur à parois ardoisées présentant vers sa partie supérieure droite une perforation ovalaire à bords irréguliers mesurant 2 centimètres dans son plus grand diamètre. Cette ouverture a donné passage au liquide que renfermait le péritoine. En pratiquant, à l'aide d'un soufflet, l'insufflation par le rectum, un liquide semblable à celui-ci sort encore sous forme de jet par cet orifice.

Pour faciliter la dissection de la tumeur, nous faisons une dernière incision curviligne dont le sommet répond au corps des pubis, et dont les extrémités suivant les arcades de Fallope, vont se réunir à l'incision transversale de l'ombilic.

Le vagin, sauf la duplicature de ses parois, n'offre rien de spécial.

L'utérus projeté en avant et à gauche, déborde le détroit supérieur, il est situé presque transversalement sur le muscle psoas iliaque du côté gauche; il présente dans sa paroi antérieure et dans sa paroi postérieure une série de bosselures inégales et d'une égale consistance. Elles sont au nombre de cinq, trois en avant et deux en arrière.

Elles sont constituées par des noyaux fibroïdes blanchâtres enclavés au milieu du tissu musculaire. Facilement énucléables, ces noyaux ont à la coupe tous les caractères des myomes utérins. Sur la muqueuse utérine on trouve un polype égal à une petite fraise.

La cavité du col contient aussi un polype de la même grosseur. Le corps et le col sont remplis d'un mucus filant.

En arrière, on aperçoit des fausses membranes très-résistantes s'étendant de la face postérieure de l'utérus au kyste qui remplit le fond du cul-de-sac recto-utérin et remonte dans la fosse iliaque droite, dans la région sous-ombicale et s'avance même jusque dans la fosse iliaque gauche.

Ce kyste a 30 centimètres dans son diamètre horizontal et 25 centimètres dans son diamètre vertical. On ouvre la poche à partir du point où elle présente une perforation, c'est-à-dire en haut et à droite. Le kyste est uniloculaire et contient encore quelques cuillerées d'un liquide jaunâtre semblable à celui rendu dans les selles et trouvé dans le péritoine. Les parois ont de 9 millimètres à 1 centimètre d'épaisseur; elles sont résistantes.

La surface interne est bleuâtre; sur beaucoup de points, elle est recouverte de grumeaux gris adhérents, ou de concrétions crémeuses formant des îlots.

Les connexions de ce kyste sont les suivantes :

La face postérieure de l'utérus est en avant; le kyste la déborde latéralement et en haut. Non-seulement le kyste est relié par des brides déjà anciennes à l'utérus; mais encore à la région hypogastrique jusqu'à l'ombilic et dans les flancs, on doit, si on veut bien isoler la tumeur, détruire des adhérences intestinales fortes et nom-

breuses qui auraient nécessité, en supposant une opération, des incisions et des ligatures multiples. Le kyste n'est isolé qu'en haut et en arrière, point où s'est faite la perforation supérieure.

Pour trouver l'orifice de communication avec l'intestin, on fit une incision de chaque côté du kyste, de manière à en étaler les parois. On lia l'intestin dans le rectum au-dessus de l'S iliaque et on introduisit la canule d'un tube à irrigation de l'amphithéâtre. On vit alors que l'eau projetée s'écoulait par un orifice situé en bas et à gauche, à l'union de l'S iliaque et du rectum. Cette ouverture masquée par de fausses membranes permet facilement l'introduction du doigt indicateur. En ce point, les deux portions du gros intestin (S iliaque et rectum) ont formé un coude pour s'accoler à la paroi du kyste. La mortification de l'intestin avait été provoquée par suite de sa compression par le kyste sur plan résistant de la ligne innominée.

L'ovaire droit est parfaitement sain ; le corps de la trompe de ce côté est recouvert de fausses membranes ; sa cavité est très-perméable ; son pavillon incliné en avant.

Un cordon ferme, arrondi part de l'angle inférieur gauche de la tumeur pour se joindre à l'angle supérieur gauche de l'utérus ; il est percé d'une ouverture ovale et semble être un des vestiges de la trompe de ce côté. Un stylet introduit dans cet orifice s'arrête dans un cul-de-sac. Nulle part on ne trouve l'ovaire gauche.

Le rectum avait son calibre normal ; il était aplati contre la fosse iliaque, et offrait l'ouverture que nous avons indiquée.

Rien à signaler du côté du cœur, des poumons, du cerveau et dans les autres organes.

Examen histologique. — Les tumeurs sphériques pyriformes englobées dans les parois utérines sont constituées par des fibres musculaires lisses, l'examen microscopique confirme donc entièrement l'opinion que nous avions de la nature de ces produits. Tous ces myomes ne sont pas plus avancés l'un que l'autre dans leur évolution. Homogènes et très-vasculaires, ils ne contiennent dans leur intérieur, ni liquide, ni graisse, ni pétrifications amorphes, ni concrétions ossiformes ou calcaires. Ces néoplasmes sont relativement jeunes.

La pièce examinée se compose encore de fragments de la paroi du kyste ; des coupes verticales en sont faites après durcissement dans l'alcool, la gomme et l'alcool, vingt-quatre heures dans chacun de ces liquides ; elles sont colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et conservées dont la glycérine additionnée de 10 0|0 de cette matière colorante.

Examen à un faible grossissement. (Oc 2 et obj. 2 du microscope de Nachet).—On voit que le kyste comprend deux zones bien distinctes ; l'une externe. plus large, plus claire et colorée, mesurant environ

4 millimètres d'épaisseur; l'autre interne, plus mince, foncée, non colorée, mesurant 1 millimètre.

Grossissement plus fort. — A. Zone externe. Elle est formée de fibres du tissu conjonctif et limitée en dehors par un bord net sur lequel on ne trouve pas de cellules épithéliales. Entremêlées aux fibres conjonctives, on voit quelques fibres musculaires lisses dont la direction est généralement parallèle à celle des parois du kyste et qui sont les unes isolées, les autres réunies en mince faisceau.

B. Zone interne. Elle est tapissée en dedans par une seule couche d'épithélium cylindrique, plus en dehors, une couche d'un tissu avec des fibres entrecroisées et qui est analogue à celui du derme dont il a l'aspect opaque. Ce tissu conjonctif ressemble à celui qui constitue la zone externe en ce qu'il contient des fibres musculaires; il en diffère parce qu'il est très-riche en petites cellules rondes; éléments jeunes ou cellules lymphatiques.

Réflexions. — Bien que l'origine de ce kyste soit difficile à déterminer, il nous paraît cependant probable qu'il s'agit ici d'un kyste de l'ovaire. L'idée d'une hydropisie de la trompe serait à peine soutenable; on ne saurait davantage invoquer l'existence d'un kyste de l'organe du Rosenmuller, d'un de ces kystes lacuneux, décrits par M. Verneuil, espèces d'hygromas sous-séreux, résultant d'une accumulation de sérosité dans de véritables bourses sous-péritonéales formées dans le tissu cellulaire par le froissement réciproque des organes. L'absence de l'ovaire gauche, les connexions du kyste avec l'angle supérieur gauche de l'utérus et avec la trompe du même côté, nous autorisent à considérer la tumeur du cul-de-sac recto-utérin comme ayant son point de départ dans l'ovaire. En outre il est incontestable que le liquide évacué par le rectum, et contenu dans le péritoine, était celui que renfermait la poche avant toute perforation. On ne saurait préciser aussi sûrement dans quel point la rupture du kyste s'est faite tout d'abord; nous inclinerons cependant à croire que l'ouverture rectale est plus ancienne. La malade, en arrivant à l'hôpital, n'accusait aucun symptôme de péritonite, et c'est seulement deux jours avant la mort qu'on a pu soupçonner une inflammation légère du péritoine. A ce moment l'ouverture intestinale était produite, les selles contenaient du pus, la poche s'était débarras-

sée presque entièrement de son contenu, et une faible quantité de matière avait pu être versée dans la séreuse.

A l'autopsie, nous avons vu que l'orifice supérieur était irrégulier, déchiqueté et de peu d'étendue, tandis que l'orifice inférieur était plus large, fermé par des pseudo-membranes déjà très-bien organisées et bordées par des tissus durs et résistants. Les désordres anatomiques périphériques étaient beaucoup plus considérables.

Mais ce qui nous a engagé à publier cette observation, et ce qui doit attirer l'attention c'est l'existence du tintement métallique et du bruit de flot de liquide dans un kyste de l'ovaire, signes stéthoscopiques observés seulement après que la poche se fut ouverte dans l'intestin. Ce bruit de flot de liquide était absolument semblable à son homologue, le bruit de flot de liquide thoracique, comme lui il était obtenu par de légères secousses. Le tintement métallique, espèce de cliquetis métallique ou de frémissement argentin, se manifestait quand le malade, qui était dans le décubitus dorsal, se soulevait pour se mettre sur son séant, ou encore par la percussion de l'abdomen ou par un brusque mouvement imprimé à tout le corps. Tantôt il semblait se passer près de l'oreille, tantôt en être éloigné. Parfois, après avoir duré quelque temps, il cessait pour reparaître après et éprouver ensuite encore plusieurs alternatives de disparition et de retour. Sa tonalité et son timbre étaient soumis à de nombreuses variations.

Cette malade n'est pas la seule qui, atteinte d'un kyste de l'ovaire, nous avait présenté des bruits d'auscultation. En 1875 à l'Hôtel-Dieu, j'ai vu une femme présentant un kyste uniloculaire énorme de l'ovaire gauche, femme qui succomba à une pneumonie intercurrente. Chez elle, comme nous avons pu le constater à l'autopsie, la poche était intacte; elle était remplie aux trois quarts par un liquide albumineux d'une teinte verdâtre; chez cette dernière, comme chez la précédente, nous avons constaté pendant la vie le tintement métallique et le bruit de flot de liquide. Quelques observations de tintement métallique et de bruit de flot de liquide dans diverses tumeurs abdominales ont été publiées soit dans le *Bulletin de l'Acadé-*

elle fut prise de douleurs vives dans la région où siégeait cette tumeur; en même temps la fièvre se développa; elle eut des nausées, des vomissements et, pendant plusieurs jours, elle éprouva un écoulement sanguin abondant. La tumeur était dure, tendue, élastique, offrant tous les caractères de la présence d'un liquide dans son intérieur; les selles et les urines étaient rares; le cathétérisme d'abord difficile devint bientôt impossible. Le toucher vaginal très-douloureux permit de constater entre le rectum et l'utérus l'existence d'une tumeur élastique qui se laissait comprimer difficilement. Les accidents s'aggravèrent de jour en jour; la fièvre devint plus vive, accompagnée de frissons; les douleurs augmentèrent; la malade s'affaiblit de plus en plus et ne tarda pas à succomber dans le marasme.

Ici encore, comme chez la malade de Trousseau, comme dans notre observation, nous voyons une femme jeune, chez laquelle se produit une tumeur dont le développement est accompagné de malaises, précédé et suivi de troubles menstruels, d'une suppression de règles d'abord, puis d'une perte sanguine et de douleurs vives dans le bassin, douleurs escortées de phénomènes généraux intenses. La malade se croit d'abord enceinte et l'apparition d'une tumeur dans le bas-ventre vient la confirmer dans cette idée : ce n'est que plusieurs jours après que surviennent des phénomènes généraux et un écoulement sanguin abondant. Dans cette circonstance, avec une telle succession de symptômes, on aurait pu songer à une grossesse extra-utérine dont le kyste s'était enflammé plutôt qu'à une hématocèle, bien qu'il soit très-difficile pour ne pas dire impossible le plus souvent d'établir un diagnostic différentiel entre ces deux états pathologiques dont nous considérons du reste le mode pathogénique comme absolument identique.

Nous n'insisterons pas davantage sur le diagnostic de la tumeur hydatique du petit bassin avec l'hématocèle ou un kyste fœtal, d'autant plus que dans les exemples que nous venons de signaler, nous n'avons trouvé aucun signe capable de différencier ces diverses affections au moment où les faits

ont été observés. Nous nous bornons donc à rappeler une fois de plus les analogies qui existent entre elles et à indiquer la confusion qui peut en être le résultat.

Le kyste hydatique du petit bassin sera difficilement confondu avec un abcès de cette région ; la marche de la maladie est bien différente et les phénomènes symptomatiques présentent également des dissemblances sur lesquelles nous n'avons pas besoin d'insister. Les tumeurs fibreuses ou cancéreuses seront facilement distinguées par leur consistance. Cependant, dans certains cas, l'erreur peut se produire. Nous avons toujours présente à l'esprit l'histoire d'une malade que nous avons observée dans le service de M. Gallard, à la Pitié, en 1870, et dont nous avons consigné l'observation dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui deux mois avant son entrée à l'hôpital, au moment de sa période menstruelle, fut prise de douleurs très-vives dans le bas-ventre, douleurs qui l'obligèrent à garder le lit. Un mois après, elle éprouva les mêmes accidents et vint demander des soins à l'hôpital. Elle avait la face pâle, amaigrie; elle se plaignait de douleurs vives dans le bas-ventre, et en examinant l'abdomen, on le trouvait tendu, déformé, et par la percussion on limitait une tumeur remplissant le petit bassin et qui remontait á 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Par le toucher vaginal, on trouvait, située en arrière de l'utérus, une tumeur un peu mollasse et indolente. L'utérus était refoulé en avant et en haut; son col était appliqué derrière le pubis. Les garde-robes étaient difficiles et la miction impossible sans le cathétérisme. Les symptômes s'aggravèrent rapidement; il survint de l'œdème des membres inférieurs, des nausées, des vomissements, et la malade ne tarda pas à succomber. On avait d'abord pensé à l'existence d'une hématocèle : la marche de la maladie fit abandonner ensuite cette opinion et on se rattacha alors à l'idée d'une affection organique. L'autopsie révéla en effet l'existence d'un sarcome volumineux de l'ovaire droit, contenant dans son épaisseur un grand nombre de poches formant autant de kystes de dimensions variables, les plus gros atteignant le volume d'une tête de fœtus. Ces kystes étaient rem-

Généralement inaperçue jusqu'à la puberté, cette anomalie se trahit alors par l'absence de tout écoulement sanguin coïncidant avec les symptômes propres à la rétention des mentrues. C'est là une règle absolue.

Il est pourtant des exceptions qui par leur rareté sont très-importantes à connaître, car si le médecin n'était pas prévenu de leur possibilité, il pourrait, sur l'indice d'un écoulement sanguin, croire à l'existence d'une bonne conformation et se livrer à des tâtonnements thérapeutiques; c'est à ce point de vue que l'observation suivante est instructive.

Obs. I. — Mademoiselle N..., âgé de 18 ans, s'est toujours bien portée à l'exception d'une scoliose légère pour laquelle elle a subi un traitement orthopédique. Dans ces derniers temps elle a accusé des douleurs dans le bas-ventre qui se sont accompagnées de gêne pour la miction; en dernier lieu au milieu de douleurs très-vives est survenue une rétention d'urine pour laquelle elle a réclamé les secours de la médecine.

Elle affirme être bien réglée, et pourtant l'entrée du vagin est occupée par une tumeur qui écarte les lèvres. Cette tumeur semi-sphérique à consistance élastique, à fluctuation marquée, est recouverte par une peau rouge, un peu bleuâtre. Dans l'abdomen est une tumeur qui arrive à gauche jusqu'au rebord des fausses côtes; elle a la forme d'un utérus gravide avec cette différence qu'elle est plus allongée et plus grêle. Evidemment c'est là l'utérus distendu par les menstrues retenues; quant aux règles que la patiente prétend avoir eues, elles peuvent s'expliquer par une sécrétion abondante des glandes vulvaires, colorée par la transsudation du sang retenu au-dessus de l'obstacle hyménéal.

La ponction, faite avec le bistouri donna issue à un liquide sirupeux, rougeâtre et inodore. Quelques jours après, l'écoulement s'étant arrêté, la dilatation de l'ouverture fit sortir un liquide purulent. L'écoulement persista quatorze jours. Guérison; ultérieurement menstruation normale. (*Schönberg Norsk Magaz. f. Lägevid*, 1874, R. 3. t. III, *forh.*, p. 158.)

L'affirmation de cette demoiselle, les taches qui mensuellement souillaient son linge, semblaient, au premier abord, exclure l'idée de l'existence d'un obstacle alors que la rétention d'urine et antérieurement les troubles de la miction en démon-

traient la possibilité et devraient en tous cas conduire à l'exploration des parties.

Plus souvent l'idée d'une grossesse provoque l'examen et amène à la découverte de l'obstacle. Plusieurs faits dénotent cette particularité, parmi lesquels je citerai seulement ceux de Vans Best (*British med. Journal*, 20 juin 1874), à raison de deux points. Chez cette personne, âgée de 19 ans, le ventre était dilaté comme au sixième mois de la grossesse, et avant de fendre l'hymen on administra de l'ergotine. Après la sortie de deux gallons de sang noir on pratiqua des injections avec de l'acide carbonique.

La guérison n'est pas toujours précédée par une intervention chirurgicale. Aux faits que nous en avons relaté dans un autre travail, nous pouvons joindre aujourd'hui celui qu'a observé Valenta (*Memorabilien*, 1875, n° 11). Il est curieux en ce que, chez cette fille de 17 ans, la rupture de l'hymen imperforé se fit pendant qu'elle se rendait à l'hôpital par la voie ferrée. Il est présumable que la trépidation des wagons coïncidant avec la poussée du sang menstruel a contribué à la perforation de l'obstacle.

L'intervention chirurgicale doit être nonobstant la règle et on doit se hâter d'y recourir, car plus on retarde et plus les chances de succès diminuent. Le mode opératoire ne paraît pas avoir d'importance quand l'opération est pratiquée dès le début des accidents. Le bistouri a été l'instrument le plus employé, mais pourtant depuis la tentative de M. Vidal (*Union médicale*, 24 février 1874) la méthode aspiratrice semble gagner du terrain, témoin les observations de Bœckel et de Hope.

Dans la première, l'utérus dilaté dépassait de beaucoup la symphyse, et à droite et à gauche se trouvaient des appendices qui se dirigeaient obliquement en dehors. Il est vraisemblable que c'étaient là les cornes de l'utérus et non les trompes distendues par le sang menstruel. Bœckel (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1874, 1er novembre) ponctionna l'hymen avec le trocart aspirateur de Potain, et deux jours plus tard excisa l'hymen et fit la suture des lèvres de la plaie afin d'éviter la reproduction de l'atrésie.

Dans la seconde (*British med. Journal*, 28 février 1874), l'utérus ne pouvait être senti au-dessus du pubis, mais l'examen simultané par la vessie et le rectum démontrait l'existence d'un corps épais entre ces deux organes. L'hymen offrant une fluctuation évidente quand on le pressait par le haut, on le ponctionna à l'aide d'une aiguille aspiratrice et l'on retira par l'aspiration 15 grammes d'un liquide épais ; quatre jours plus tard, on renouvela l'opération et l'on fit l'extraction de 3 onces. Nonobstant cette double extraction, il survint des symptômes de fièvre et d'inflammation, si bien que neuf jours après la première ponction l'hymen était encore plus tendu et fournit 16 onces de liquide fétide. Plus tard, guérison.

Cette observation de Hope montre que l'aspiration n'offre pas des avantages aussi marqués qu'on l'avait pensé *a priori*, puisqu'en dépit de la petitesse de l'ouverture le liquide est devenu fétide. La méthode aspiratrice n'a pas surtout les divers avantages qui lui ont été attribués par Bœckel : pas plus que les autres méthodes, elle ne met à l'abri ni de la péritonite si redoutable, ni de la rupture des trompes distendues, et on vient de voir par l'observation précédente qu'elle forme un obstacle insuffisant à l'entrée de l'air. C'était pourtant l'indication principale qu'elle pouvait viser. Les divers médecins qui l'ont mise à contribution espéraient ainsi éviter l'un des rares dangers de cette opération, c'est-à-dire l'abord de l'air dans des cavités béantes, la décomposition du reliquat du *retentum* et par suite prévenir la possibilité de la résorption purulente.

Les observations qui précèdent, comme celles dont il n'est point parlé, ont eu toutes une heureuse terminaison, car on ne saurait mettre au passif de l'opération la mort advenue chez une fille de 14 ans qui avait quitté l'hôpital complètement guérie. De ce que trois semaines après la ponction Hope (*loc. cit.*) a trouvé une forte fièvre et du délire, de ce que plus tard il y a eu perte de sang par l'anus et mort dans un état comateux, il ne s'ensuit pas qu'on doive rattacher ce dénoûment à l'opération qui a immédiatement précédé. L'axiome « *Post hoc, ergo propter hoc* » n'est point applicable, quoique les résultats de l'autopsie n'aient point été aussi clairs qu'on eût souhaité.

En effet, de nombreux ulcères dans le rectum, un infarctus dans l'un des poumons, l'absence de gonflement des plaques de Peyer n'offrent pas une signification bien précise.

Pour éviter la reproduction de l'atrésie, Bœckel a excisé les lambeaux de l'hymen et fait la suture des bords de la plaie. A parler franchement, ces précautions ont été exagérées, mais l'incision pure et simple a souvent ses inconvénients. En voici quelques exemples :

Obs. II. — Une fille de 18 ans souffrait depuis huit à neuf mois de douleurs dans le dos et dans le bas-ventre avec sensation de pesanteur en bas et douleurs pour uriner. Dans le côté droit du ventre était une tumeur arrondie qui remplissait le bassin et la région iliaque droite. Entre les grandes lèvres proémine une tumeur rougeâtre fluctuante et en connexion avec la tumeur abdominale. Après une ponction exploratrice, une sonde cannelée fut introduite et une incision fut faite sur l'hymen en avant et en arrière. Il sortit 2 litres environ de sang théiforme. L'écoulement cessa au bout de huit jours. Revue quatre ans plus tard, la malade se portait parfaitement, mais l'ouverture s'était rétrécie et admettait seulement un tuyau de plume.

Cette ouverture suffisante pour le passage des règles est impropre à la copulation ; aussi faut-il à l'occasion du mariage une opération complémentaire. D'autres fois, la situation est tolérée par le conjoint, mais au moment de l'accouchement l'intervention devient souvent nécessaire. Schönberg (*loc. cit.*) relate un cas de ce genre.

Voilà pour le côté clinique de la question; quant à la question étiologique, ou pour mieux parler, quant à la nature de l'obstacle, elle est agitée à propos de l'observation qui suit. Nous allons la traduire avant de faire connaître les remarques dont elle a été l'occasion.

Obs. III. — Une fille âgée de 18 ans entra à la Clinique de Marburg le 24 avril 1876. Enfant elle s'est bien portée, mais depuis deux ans elle a remarqué un gonflement de la partie inférieure du ventre. Au début, l'accroissement de la tumeur se faisait toutes les quatre semaines; actuellement cet accroissement rhythmique n'est plus appréciable. Pas de douleurs dans le ventre, ni troubles de la miction et de la défécation.

Elle n'a jamais été menstruée.

Dans la région droite du bas-ventre se trouve une tumeur arrondie de la forme et du volume d'un utérus au cinquième mois de la grossesse. Elle est médiocrement mobile, point douloureuse, nullement fluctuante et à l'auscultation donne un léger bruit de souffle.

L'entrée du vagin est fermée par une membrane étalée, bombée, qui laisse apercevoir par transparence un liquide noirâtre. Une pression exercée au-dessus du pubis se transmet en bas. Par le toucher rectal on constate que le vagin forme un sac élastique dilaté par du liquide.

Une incision faite sur la membrane donna issue à 1,300 grammes de sang couleur de chocolat, ayant une pesanteur spécifique de 1,028 et qui, examiné au microscope, contient avec de l'épithélium pavimenteux, des détritus et des cristaux de cholestérine, plusieurs corpuscules de sang rouges instacts.

Dans le cours des deux jours suivants, il s'écoula encore 800 grammes de ce liquide. Par le fait, la tumeur sentie au bas-ventre disparut ainsi que le cordon perçu à gauche et en haut, et qui avait été interprété comme la trompe distendue. Simultanément, les bords de la membrane incisée s'épaissirent au point d'avoir un demi-centimètre.

Au troisième jour, l'écoulement devint putride et fut combattu par des injections désinfectantes ; en même temps l'utérus se gonfla. Au spéculum, la muqueuse vaginale fut trouvée de couleur noire et corrodée en une foule d'endroits ; la portion vaginale était molle et noire et le méat largement ouvert. Trois jours plus tard, les endroits corrodés commencèrent à se cicatriser et la muqueuse se dépouilla de sa coloration noirâtre.

L'état général continua à être satisfaisant, et au 6 mai la patiente était guérie. Les premières règles se montrèrent seulement le 5 juillet et revinrent d'une façon normale le 8 août. (Dohrn, *Archiv f. Gyn.*, t. X, p. 54.)

Les cas analogues au précédent sont si peu rares que dans mon mémoire sur l'*Atrésie des voies génitales* j'en ai relevé dans la littérature plus de 150 exemples et que justement dans le recueil auquel est emprunté ce récit se trouve un nouvel exemple traité par l'incision cruciale et également terminé par la guérison (p. 585). Là ne réside point l'intérêt de cette observation, mais les réflexions dont elle est suivie m'ont paru par leur nouveauté mériter d'être exposées.

Ce cas n'est point, comme on serait tenté de l'appeler, une

imperforation de l'hymen, mais une atrésie de la partie inférieure du vagin. Quoi qu'on en ait dit et écrit, les atrésies de l'hymen sont beaucoup plus rares. La constitution du vestibule qui prend une part essentielle à la formation de la lamelle inférieure de l'hymen a une médiocre propension à la formation des adhérences, témoin l'extrême rareté des clôtures de la fente vulvaire. D'autre part, le développement de l'hymen se fait d'une façon relativement tardive, puisque d'après les recherches de Dohrn il ne commencerait à apparaître que vers la dix-neuvième semaine. A cette époque de la vie embryonnaire, les atrésies ne se montreraient plus que très-rarement, sans doute parce que le vagin a déjà un calibre assez considérable et que la sécrétion de leurs parois est déjà suffisante pour en empêcher la production. Ce qu'il y a de positif c'est que l'atrésie de l'anus, de l'urèthre et de la bouche, a une époque de production bien antérieure.

Il en est de même pour les atrésies placées au-dessus de l'hymen. Quand on suit le développement du tube génital depuis le moment de la fusion des cordons de Muller jusqu'à celui où l'utérus se sépare du vagin, on voit que la paroi du tube génital ne marche pas d'une façon toujours également rapide dans les diverses phases de son évolution. La fusion des canaux de Muller commence entre le tiers moyen et le tiers inférieur, c'est-à-dire à un endroit correspondant au segment supérieur du vagin. C'est là, du moins, que le tube génital acquiert vite une capacité considérable et c'est aussi le point où s'observent le plus fréquemment les atrésies.

Celles-ci auraient deux points de prédilection : d'une part le sommet du vagin, de l'autre le tiers inférieur de cet organe.

Au premier endroit, le tube génital éprouve son maximum de courbure et ses parois arrivent au contact, pendant que la lèvre antérieure du méat s'accroît, vers la quinzième ou seizième semaine, sous forme d'une saillie semi-sphérique. Le plissement de la paroi interne, aux endroits restés en contact, favoriserait dans cette région la genèse des adhérences.

Au dernier endroit, les parois du tube génital — un peu avant la formation de l'hymen — se rapprochent l'une de

l'autre dans le maximum de dilatation, et les clôtures membraneuses qui ont été observées maintes fois s'expliqueraient par la manière d'être du processus. Par exemple, l'observation relatée ci-dessus appartiendrait à ce groupe.

Telle est, à peu près textuellement, l'argumentation du professeur de Marbourg. Elle est assurément neuve, mais je suis loin d'affirmer son exactitude; au contraire, j'ai par devers moi des faits qui la combattent. Je ne veux pas dire par là que toutes les observations publiées sous la rubrique d'imperforation hyménéale méritent à juste titre cette dénomination. Je me borne présentement à dire que la thèse de Dohrn n'est pas aussi exacte qu'il est porté à le croire. En effet, dans l'atrésie du vagin proprement dite, on trouve l'existence de l'hymen, ce qui n'a pas lieu dans les cas authentiques d'atrésie hyménéale. J'accorde volontiers que la pression du sang menstruel déforme les parties et modifie leurs rapports, mais je ne saurais aller plus loin et admettre l'extrême rareté, pour ne pas dire la non-existence de l'imperforation hyménéale.

REVUE DE LA PRESSE

L'OBSTÉTRIQUE EN 1875 ET 1876 (1).

Par le Dr Matthew D. Mann.

(SUITE ET FIN.)

Johnston (2), de Washington, qui a réuni l'histoire de l'accouchement de deux mille femmes de couleur, nous a donné un rapport fort intéressant sur *quelques particularités apparentes de la parturition dans la race*

---

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, nº de Janvier 1878, p. 51.
(2) *Am. Journ. of obst.*, mai 1875.

nègre avec des remarques sur les bassins dans les diverses races. Il a trouvé que le travail est remarquablement rapide, et la convalescence étonnamment courte et exempte de complication. Les présentations du siége sont rares : une fois sur deux cents, seulement, et la tête se présente plus souvent bien que chez les femmes blanches. Le cordon entoure souvent le cou : une fois sur six. Il a trouvé un cas de rupture utérine et un cas de placenta prævia, qui se terminèrent favorablement. Sur 280 accouchements, il y eut une fois des convulsions ; mais Johnston croit ce chiffre au-dessus de la moyenne. L'hémorrhagie *post partum* est rare : une sur 500 ; la fièvre puerpérale ne s'est présentée aussi qu'une fois sur 500 délivrances, malgré les très-mauvaises conditions où vivaient la plupart des patientes. Le forceps n'a été appliqué que 4 fois ; et il ne semble pas qu'un usage plus fréquent de cet instrument eût pu éviter des résultats fâcheux. L'évolution naturelle et rapide de l'accouchement semble due à la santé générale des femmes, à leur force et à la brièveté des diamètres fronto-mental et occipito-frontal, qui est due au peu de développement des lobes cérébraux antérieurs. Il n'a trouvé qu'un cas de déformation pelvienne.

Les bassins de négresses n'ont pas été beaucoup étudiés ; mais quoiqu'il ne soit guère permis de tirer des conclusions positives sur le bassin de cette race, vu le petit nombre qu'on en a examiné ; cependant pour autant que ces quinze bassins prouvent quelque chose, il paraît prouvé que le bassin nègre est, ou paraît moins large que le bassin européen, et que le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur est relativement plus long.

L'usage du chloroforme dans l'accouchement continue d'attirer l'attention des médecins et a trouvé plusieurs nouveaux avocats. Friedländer (1) a proposé une nouvelle méthode pour *diminuer les douleurs, par une application locale;* c'est un mélange de deux parties d'éther, et d'une partie de chloroforme sur la région sacrée. Il l'a employée d'abord chez une femme qui souffrait d'une manière intolérable, et a obtenu ainsi la cessation de toute douleur, jusqu'à l'achèvement de la délivrance. Il a réussi plus tard, dans d'autres cas.

Lorsque l'utérus est le siége d'une contracture partielle ou totale, qui s'applique spasmodiquement sur le fœtus ou le placenta, Fränkel, de Breslau (2), recommande, pour faire cesser le spasme, l'injection hypodermique de 1 milligr. et demi d'atropine, et de 15 milligr. de morphine, suivie, cinq minutes après, d'une inhalation de chloroforme; l'utérus ne tarde pas à se relâcher ; on n'a pas à craindre d'hémorrhagie *post-partum*.

---

(1) *Deutsche Klinik*, 1874, n° 30.
(2) *Berlin. Klin. Wochens.*, 1874, n° 23.

Dans un travail, que j'ai écrit il y a un an et demi, mais que je n'ai pas publié, j'ai réuni quelques bonnes raisons de croire que, dans ce cas, ou dans des conditions semblables, nous avons un agent fort utile dans le *nitrite d'amyle*. Cette opinion est fondée sur l'action physiologique connue de ce médicament, et sur le fait (1) que, dans un cas d'éclampsie, il a été administré et a réussi à relâcher l'utérus. Je crois que le nitrite d'amyle amènera un relâchement du spasme utérin et s'opposera au retour des contractions plus certainement que l'ergot, son antagoniste, ne les éveille ou ne les excite (2). J'espère que quelque médecin, sur mon indication, emploiera ce remède, le cas échéant, et nous communiquera ses résultats. Il faut ne pas oublier la possibilité de l'hémorrhagie *post partum* et ne pas administrer cet agent lorsqu'une extraction immédiate est nécessaire.

Stafford (3) apporte un nouveau témoignage à la *propriété oxytocique de la quinine* ; il le donne à la dose de 20 centigr. à la fois ; ce médicament ne produit pas les contractions spasmodiques que donne l'ergot, mais des contractions fermes, régulières, et laisse peu de chances à l'hémorrhagie.

On a, dans ces derniers temps, discuté l'existence de la *fièvre de lait*. Howe (4) a étudié cette question et conclut qu'elle existe. Il la croit liée à l'établissement de la fonction mammaire, et, si le lait n'est pas extrait, à la tension et à l'irritation produites par l'accumulation du produit sécrété dans la glande. Nous ne pouvons pas croire, avec Howe, que cette fièvre est la suite nécessaire de l'accouchement notre expérience nous a démontré le contraire (5). Winckel (6) a dit : « Il est temps de rejeter complètement du langage scientifique le mot « *fièvre de lait*, d'autant que ce terme vague, appliqué à tant d'affec- « tions différentes, tend à voiler les vraies causes du mouvement « fébrile, et à rendre leur diagnostic difficile (7). »

T.-W. Hime (8) (de Sheffield), plaide pour le même *traitement*

---

(1) W. F. Jenks. *Philad. med. Times*, 1872, vol. II, p. 404.

(2) En 1871, Barnes (*V. Obst. oper.*, 2e éd. p. 335) appelle le nitrite d'amyle *l'agent épechontocique*, v. p. 168 et 317 de la traduction française. — A. C.

(3) *New-York med. Journ.*, févr. 1875.

(4) *Am. Journ. of obst.*, février 1876.

(5) Je n'ai jamais vu une femme avoir de la fièvre après son accouchement, sans qu'il y eût un motif autre que la *montée du lait*. — A. C.

(6) *On Childbed*, p. 398.

(7) Sauf contre-indication positive, je donne de la viande à mes accouchées dès les premières vingt-quatre heures, quand elles allaitent, et je puis le dire, elles n'ont jamais de fièvre. Il y a quelque temps, la sage-femme refusant d'exécuter ma prescription (un beefsteak le second jour), je me retirai ; on me rappela deux jours après, l'accouchée avait de la fièvre et de l'appétit, je la fis manger ; la fièvre céda. — A. C.

(8) *Brit. med. Journ.*, 21 août 1875.

qu'a indiqué Goodell, *pour les femmes en couches*. Dans un mémoire intéressant qu'il a lu sur ce sujet, il propose de les traiter, non comme des malades, mais comme si elles subissaient un processus physiologique, qui, sans doute, n'est pas exempt de risques, mais ne constitue pas un état pathologique. L'accouchée doit avoir, dés le début, une bonne nourriture digestible mais pas de liqueurs; elle doit s'asseoir sur son lit, dès le premier jour, et se mettre sur un sopha le quatrième ou le cinquième jour. Le bandage est inutile après les douze premières heures. L'accouchée doit, si possible, changer de lit et de chambre, au bout de quarante-huit heures; elle doit être entourée de la plus stricte propreté, et sa chambre doit être ventilée; le médecin doit veiller personnellement à l'exécution de ces détails, qui, sans cela, seraient probablement négligés.

Le traitement des déchirures du périnée continue d'être un objet d'études. Lente(1) et Nœggerrath(2) ont, chacun, écrit un travail sur ce sujet. Lente n'adopte pas l'opération immédiate; Nœggerrath prouve, par les résultats obtenus dans les maternités européennes, que la réunion primitive est préférable. Il n'a pas bonne opinion des serres-fines, conseillées par Mann, et employées à Vienne.

La réunion immédiate n'a pas donné à Lusk de bons résultats ; il a souvent réussi d'une manière surprenante, en maintenant les genoux de l'accouchée rapprochés l'un de l'autre. Goodell, dans un mémoire lu à la Société gynécologique américaine, se déclare partisan de l'opération immédiate.

John Brunton (3), dans un article sur le *prolapsus du cordon*, après avoir examiné les différents moyens proposés pour sa réduction, le forceps, la version, le replacement avec la main, avec la sonde, ou avec des instruments *ad hoc*, donne la préférence à la méthode remise en honneur par Thomas (de New-York), la *méthode posturale*, la position génu-pectorale. Hicks (4) rappelle sa méthode, qu'il a proposée il y a plusieurs années. Tout en admettant l'utilité du traitement postural, il réclame pour sa méthode tous les avantages, sans les inconvénients et l'incommodité de l'autre. Voici comment il agit : la parturiente étant couchée sur le côté gauche, on place une main sur le bas-ventre, l'autre est introduite dans le vagin; celle-ci sert à faire franchir le col au cordon; la tête étant repoussée en haut, il le fait passer sur l'un des côtés, puis au-dessus de la tête. La main extérieure fixe alors la

---

(1) *Am. Journ. of obst.*, nov. 1875.
(2) *Ibid.*, nov. 1875.
(3) *Obst. Journ.*, avril 1875.
(4) *Ibid.*, mai 1875.

tête sur le col, et il retire lentement la main intérieure, avec les précautions nécessaires pour que le cordon ne la suive pas. La pression extérieure doit être maintenue pendant deux ou trois douleurs, qui fixent la tête, et s'opposent au retour du prolapsus.

J. Brunton (1), ayant analysé plusieurs observations, arrive à la conclusion que les principaux signes diagnostiques de l'hémorrhagie interne accidentelle, sont la syncope soudaine, le collapsus, la pâleur, une sensation continue de *rupture*, la tension des membranes, et tous les symptômes d'une hémorrhagie profuse, sans perte extérieure. La maturité du placenta est la cause ordinaire de sa séparation ; il peut subir une dégénérescence qui le fasse se détacher prématurément. Plus on approche de l'époque de l'accouchement, plus sont grandes les chances de perturbation brusque. Le poids de l'organe, sa vascularité, la paresse de la circulation sont des causes qui tendent à hâter sa séparation. Les causes immédiates sont des spasmes soudains, des contractions partielles et irrégulières, des violences extérieures, l'exercice, la toux, la secousse qu'on éprouve en manquant une marche d'escalier, etc. Dix-neuf de ces malades moururent, quinze se rétablirent, cet accident est donc fort grave.

Un cas récemment observé en Angleterre a attiré l'attention des médecins sur un accident peu commun, la *rupture utérine*.

J. Ashburton Thompson (2) a rassemblé vingt-trois cas non choisis, et examine les variantes indiquées par les auteurs dans ce qu'on peut appeler le type normal ou classique.

Les symptômes généralement indiqués comme les principaux sont : 1° la violence des douleurs avant la rupture ; 2° une douleur d'un caractère particulier, au moment de l'accident ; 3° l'hémorrhagie ; 4° l'arrêt immédiat des contractions ; 5° le recul de la partie qui se présente ; 6° la production rapide du collapsus ; 7° les convulsions. Thompson montre que les écarts de ce type normal sont non-seulement communs, mais même plus fréquents que la série des accidents considérés comme typiques. Dans 73,4 p. 100 des cas, les contractions n'eurent aucun caractère diagnostique ; dans 57,8, la douleur caractéristique au moment de l'accident ne se produisit pas ; dans 47,1, l'action de l'utérus, après la rupture, ne put donner aucune indication. Dans 66 cas p. 100, le collapsus ne survint pas brusquement dans 75,8, le fœtus ne rétrocéda pas, alors même que rien ne s'opposait à son recul. Il ne se produisit ni hémorrhagie externe, ni convulsions.

De cette étude on peut conclure que le diagnostic, dans plusieurs

(1) *Obst. Journ.*, octobre 1875.

(2) *Ibid.*, janv. et févr. 1876 et *London med. Review*, févr. 1876.

cas, était impossible à préciser de bonne heure, parce qu'il n'existait pas de symptômes extraordinaires ; dans d'autres, il n'y avait aucun signe assez précis, ou aucune réunion de signes qui pût justifier le diagnostic rupture, si l'idée de cet accident s'était présentée à l'esprit des observateurs.

Le traitement de l'insertion vicieuse du placenta, d'après Thomas (1), doit toujours, si possible, consister dans la provocation de l'accouchement prématuré. Le diagnostic est généralement aisé. De cette façon, le travail est entièrement sous notre contrôle, et ne surgit pas dans la nuit, ou quand le médecin est éloigné; la parturiente ne court pas le risque d'être épuisée par des pertes répétées.

Thomas a adopté ce mode de traitement, et il n'a perdu qu'une malade morte d'hémorrhagie *post-partum*. L'enfant est aussi moins exposé, car il souffrirait des pertes maternelles, et un fœtus de 8 mois, s'il est vigoureux, a autant de chances de vie qu'un fœtus à terme, s'il est faible.

Greenhalgh (2) et Playfair (3) appuient cette méthode par des arguments sans réplique. Jacobi remarque que le placenta prævia expose les accouchées à des hémorrhagies, à cause des relations anatomiques du placenta, dans ces cas.

Swayne (4) a observé que les *adhérences du placenta* sont plus fréquentes dans les classes élevées, ce fait serait dû au genre de vie, et à la nourriture trop animale. Il en a rencontré 43 cas, tous chez des femmes riches ou dans l'aisance. J.-S. Parry (5) conseille la délivrance manuelle dans ces cas.

Ruge (6) a rassemblé plusieurs cas de *lésions du fœtus dans les accouchements par le siége.* Dans le premier groupe, il a réuni 44 cas de lésions produites pendant l'extraction, après la version. Ce sont des fractures de l'humérus, du fémur, de la clavicule, du pariétal, de l'occipital, du maxillaire inférieur, des déchirures des vertèbres cervicales et dorsales, du sterno-mastoïdien, du pectoral, du sinus longitudinal, des effusions sanguines dans les muscles de la poitrine, etc., et des arrachements épiphysaires.

Le second groupe comprend les traumatismes survenus dans les présentations de l'extrémité pelvienne. Dans 29 cas, il y eut fracture, etc. ; l'auteur insiste sur les avantages de l'expression sur la

---

(1) *Am. Journ. of obst.*, février 1876.
(2) *Obst. Transact.*, vol. VI, p. 168.
(3) *Obstetrics*, 1876, p. 365.
(4) *Brit. med. Journ.*, 19 juin 1875.
(5) *Am. journ. of obst.*, mai 1875.
(6) *Bull. général de thérap.*, 15 août 1875.

traction, si l'on a soin de veiller à ce que la tête se place convenablement pour traverser le bassin.

Une discussion fort intéressante a eu lieu à la Société obstétricale de Philadelphie, sur *la version dans les bassins à rétrécissement antéro-postérieur*. La *causa belli* était un travail de Goodell (1), qui provoqua une réplique de Ellwood Wilson, suivie d'une réponse de Goodell, etc. Le débat finit par prendre un caractère trop personnel pour conserver son intérêt scientifique ; cependant la vivacité des termes de la dispute a dû la rendre fort *savoureuse* pour les assistants. Les accusations qui reposent sur le texte du sixième et du neuvième commandement de la loi mosaïque ne sont pas des aides utiles pour les recherches scientifiques. Cependant, les premiers mémoires présentent un vif intérêt (2).

Hugh L. Hodge, dans un mémoire que sa mort a laissé inachevé, et que son fils a complété au moyen de passages extraits de ses ouvrages, discute la *compressibilité de la tête fœtale par le forceps*, la grande valeur du céphalotribe et les modifications qui en feraient un bon compresseur, en même temps qu'un bon organe de traction (3).

Il commence par citer ce qu'a dit Meigs, que le forceps est un extracteur, et non une tenaille, et indique que cette idée erronée a contribué à restreindre l'application du plus précieux instrument de l'accoucheur. Hodge soutient que la construction anatomique de la voûte du crâne fœtal rend ce crâne compressible. La diminution latérale qu'il subit dans un travail normal est de 6 à 13 millimètres ; elle peut aller jusqu'à 19 millimètres. On ne peut porter un pronostic exact sur la vie ou la mort du fœtus ; si le diamètre pelvien est moindre que 76 millimètres, on ne peut conserver aucun espoir raisonnable d'avoir vivant un fœtus à terme. Hodge ne peut pas admettre l'assertion commune, que la mort du fœtus, pendant le travail, est généralement due à la compression du cerveau ; car le cerveau ne sert à rien au fœtus, comme le prouve l'existence des acéphales. L'auteur trouve un autre appui de son idée, dans le fait de la survie de fœtus, après une compression violente et prolongée de la masse encéphalique, lorsqu'il n'y a pas de déchirure des tissus ou d'extravasations internes. Mais, si, par une cause quelconque, les relations placento-maternelles sont interrompues pour plus de cinq minutes, le fœtus succombe à l'arrêt de sa respiration. Le fait pratique qui ressort de ces observations est que la pression subie par la tête et le corps du fœtus doit

---

(1) *Am. Journ. of obst.*, 1875, n° d'août et suivants.

(2) Je supprime ici l'analyse du travail de Laroyenne, publiée dans le *Lyon médical* du 22 août 1875 et que nos lecteurs connaissent. — A. C.

(3) *Am. Journ. of obst.*, mai 1875.

être intermittente ; et que, lorsque le placenta est détaché, le seul espoir du fœtus est dans une délivrance rapide. Le degré auquel la compression cesse d'être innocente varie suivant les cas. « J'ai souvent, » dit Hodge, « eu un fœtus vivant, à travers un bassin de 76 millimètres. » La construction du forceps est d'une grande importance : le forceps anglais est, pour la plupart des cas, trop faible. Hodge recommande celui de Baudelocque, modifié par Dewees, puis par lui-même ; mais il désapprouve la vis, qui, dans le forceps d'Elliot, s'oppose au rapprochement des manches. Il faut introduire le forceps dans le col, et amener la flexion de la tête, sans laquelle la traction sera moins efficace.

Comparant le forceps à la version, Hodge préfère le forceps, et soutient que, lorsque le diamètre antéro-postérieur a 76 millimètres au moins « l'accouchement fait avec un forceps bien construit est « bien moins dangereux pour la mère et expose moins l'enfant. » Hodge affirme qu'un bon forceps est le meilleur extracteur quand le fœtus est mort et après la craniotomie. Il diminue le volume de la tête d'une manière absolue, tandis que les instruments à craniotomie ne sont que des extracteurs et n'amènent une diminution dans un diamètre qu'en en augmentant un autre, comme ferait une filière. Un seul instrument, le céphalotribe — qui n'est qu'un forceps modifié — est un bon compresseur, de sorte que l'on peut considérer la céphalotripsie introduite dans la pratique par Baudelocque neveu, comme la plus grande conquête de l'obstétrique opératoire, depuis le XVIIe siècle.

Le reste de ce travail ne contient que des idées connues, tirées des ouvrages de Hodge.

J. Matthews Duncan s'élève hautement contre les oscillations imprimées au forceps (1), *pendulum movement.* Galabin (2) combat les idées de M. Duncan, et prétend que ces mouvements de latéralité ont leurs cas d'application.

Voici ses conclusions :

1° Les mouvements oscillatoires sont superflus, toutes les fois que l'extraction n'exige qu'une force modérée ; elle est inutile quand la tête est mobile, car le frottement n'a pas grande action sur son retard.

2° Quand la tête est fixée, une oscillation fort peu étendue imprimée à la tête peut être utile en la mettant en marche, en convertissant le

(1) C'est ce que Braun (de Vienne) appelle railleusement *jouer de l'orgue.* Voy. *Ann. de Gyn.*, 1876, p. 386. — A. C.

(2) *Obst. Journ.*, 1876, novembre.

frottement statique en un frottement dynamique moins considérable.

3° Quand la tête est immobile et que l'extraction exige une grande force, le mouvement oscillatoire peut être très-efficace en mettant en jeu le principe du levier. Les oscillations doivent être fort peu étendues, et on ne doit les continuer que si l'on voit qu'elles font avancer la tête. Chaque oscillation doit être accompagnée d'une compression ferme de la tête, qui empêche le forceps de glisser et de changer le point d'application du levier, et de tractions aussi fortes que la prudence le permet.

E.J. Hicks combat aussi l'opinion de M. Duneau (1).

Le rapport annuel de la Maternité de Dublin, la *Rotunda*, rédigé par G. Johnston (*Master*) (2), donne une mortalité très-faible, il n'a eu que 15 morts sur 1,236 accouchements ; et, sur ce nombre, 7 seulement, dues à des causes strictement puerpérales. Il attribue ce beau résultat, en grande partie, à ce qu'il intervient de bonne heure, et évite ainsi les conséquences fâcheuses de l'épuisement et d'une longue compression des parties molles. L'intervention la plus fréquente a été l'application du forceps, qui a été faite non-seulement dans les cas qu'on regarde en général comme justiciables de cette opération, mais dans bon nombre de cas — 42 en tout — dans lesquels *le col n'était que partiellement dilaté*, mais dilatable. Cette pratique, entièrement opposée à l'enseignement général, mérite notre attention sérieuse, car c'est un des progrès les plus importants qu'ait à signaler notre rapport. Elle n'est, il est vrai, pas absolument nouvelle, mais Johnston est le premier qui puisse l'appuyer d'un nombre de cas suffisant pour donner des règles et pour lui assurer une base solide.

Le degré de la dilatation du col variait avec les cas ; en supposant que la dilation suffisante pour le passage de la tête soit 100 millimètres, dans 24 cas, le col était ouvert aux $\frac{2}{5}$, dans 12 cas aux $\frac{3}{5}$, dans 5 cas aux $\frac{4}{5}$. Les conditions qui indiquent l'opération sont : l'issue prématurée des eaux, avant la dilatation du col, ce qui fait presser la tête sur les parties molles maternelles, l'absence de poche des eaux, qui amène une pression directe de la tête sur le col. Dans un cas, ce fut un prolapsus du cordon, dans un autre, une insertion vicieuse, qui décidèrent Johnston à opérer.

La tête était 11 fois au-dessus du détroit supérieur, 17 fois sur le détroit, 14 fois dans l'excavation.

Johnston a opéré 113 fois dans ces conditions, toujours avec succès,

(1) *Obt. Journ.*, mai 1876.

(2) *Master* signifie Directeur médical. — A. C.

ce qui prouve qu'il faut modifier nos idées sur les conditions de l'application du forceps (1). Ce sera sans doute bientôt une pratique usuelle d'appliquer le forceps dans tout accouchement lent, dès le premier stage (2). C'est, comme le dit M. Clintock, encourageant de savoir que lorsque la tête est encore élévée, avant même que le col soit complètement dilaté, nous pouvons, si quelque raison nous oblige à terminer promptement, sans exposer la mère, ni le fœtus, appliquer le forceps.

Z. B.—Adams (3) rapporte un cas de *diastasis de la symphyse pubienne* survenue pendant l'accouchement, sans cause connue. La tête fœtale était retenue au détroit supérieur, depuis 8 heures, on applique le forceps. Les douleurs expulsives étaient violentes, les tractions furent dirigées dans l'axe du détroit supérieur; tout à coup, la symphyse céda, avec un bruit assez fort; le forceps n'avait pas lâché, et la traction ne paraît pas avoir été violente, le bassin n'était pas déformé, ni la tête extraordinairement grosse. La paroi antérieure de la vessie fut déchirée, et il se fit une rupture dans le vestibule. Un mois après les os étaient encore écartés de 51 millimètres. Il ne paraît pas qu'on ait rien fait aussitôt après l'accident, pour les maintenir rapprochés. La *Berlin. Klini. Wochensch.* rapporte aussi un cas de rupture de la symphyse pubienne, pendant une version (n° 28). On appliqua un bandage, et la malade se rétablit. Un cas semblable a été observé à l'hôpital d'Erlangen (4).

La *symphyséotomie dans les bassins rétrécis*, a été longtemps recommandée, elle a eu son jour de gloire, puis elle a été abandonnée. Sigault, en 1768, l'a proposée (5) pour remplacer la craniotomie; un grand nombre d'accoucheurs du Continent l'ont adoptée; mais la petite quantité dont elle augmente le diamètre antéro-postérieur rend le bénéfice qu'on en peut retirer moindre que les hasards de l'opération. Un Italien, le Dr Piccini (6), l'a ressuscitée, et, en faisant l'incision sous-cutanée de l'articulation a diminué de beaucoup ses dangers. Voici les motifs que P. d'Erchia donne à son abandon: 1° La règle adoptée en France et en Angleterre, de sacrifier l'enfant au salut de la mère; 2° l'innovation du céphalotribe et enfin la provocation de l'accou-

---

(1) Il est peut-être utile de rappeler que, jusqu'à ces derniers temps, les classiques anglais demandaient comme condition nécessaire de l'application du forceps, qu'on puisse « sentir les oreilles du fœtus. » — A. C.

(2) Pendant la dilatation. — A. C.

(3) *Boston med. Journ.*, 6 juillet 1876.

(4) *Revue de Thérap.*, 1876, n° 2.

(5) Sév. Pineau l'a proposée un siècle plus tôt. — A. C.

(6) *Lyon médical*, 25 oct. 1874.

chement prématuré. Piccini ajoute : l'absence d'une règle précise indiquant le degré de rétrécissement qui indique ou contre-indique la symphyséotomie, suivie d'une application immédiate du forceps. Il pense qu'il ne faut pas faire cette opération dans les cas où le diamètre conjugué a moins de 76 à 89 mill. La symphyséotomie ajoute 13 mill., le forceps autant, ce qui nous donne, en tout, 102 millimètres, D'Erchia a sauvé la mère et l'enfant, dans un cas où le bassin avait 67 mill. Pour l'opération, la parturiente doit être couchée sur le dos, le bassin élevé, la vessie vidée. La section doit être faite sous la peau ; puis il faut appliquer le forceps, et placer un bandage unissant. Le résultat statistique est encourageant : 19 opérations, 15 femmes et 16 enfants survivants ; même avec cette modification, nous n'oserions affirmer que la symphyséotomie va se relever. Dans les bassins de 76 à 89 mill. le forceps ou la version sauvera autant de mères, et bon nombre d'enfants, sans exposer encore au danger qu'entraîne la section symphysienne. On peut cependant réserver l'opération pour certains cas, car elle est favorable au fœtus.

Dans la craniotomie, un des plus grands dangers est le risque que l'on court de blesser la mère. Pour l'éviter, Skene substitue, comme guide de d'opérateur, le sens de la vue à celui du toucher, et recommande *l'application du spéculum de Sims*. Quand on voit bien la tête, on y fait une incision cruciale, on brise les os, et on les enlève, en laissant la peau. Cette méthode offre de grands avantages, pour une opération qui, sans elle, est fort délicate.

Pour remplacer la craniotomie, Thomas (1) a récemment proposé de ressusciter la *gastro-élytrotomie*. Il en rapporte un cas ; la femme étant mourante, près de son terme ; l'enfant vint au monde vivant, et mourut au bout de quelques jours, de causes indépendantes de l'opération. Celle-ci ne prit que cinq minutes environ, et fut remarquablement aisée.

Skene rapporte un cas semblable. La parturiente avait été accouchée une fois par la version. Le diamètre conjugué mesurait 71 mill., on ouvrit l'abdomen, le long du ligament de Poupart, en évitant soigneusement le péritoine, et on ouvrit le vagin; on dilata le col, et on fit la version. L'enfant, ainsi extrait, pesait 5 kilog. et vécut. Par malheur, la vessie fut ouverte « par la faute de l'opérateur, et non par celle de l'opération. » L'opérée présenta quelques symptômes inflammatoires, mais elle se remit.

C'est le seul cas où la mère fut sauvée, c'est un triomphe de chirurgie obstétricale. Dans un second mémoire sur *l'accouchement dans*

---

(1) *Am. Journ. of obst.*, mai 1875.

les bassins fort étroits, qui est la suite du précédent, J. C. Taylor (1) pose les conclusions suivantes:

1° Un enfant mutilé peut être extrait, sans danger pour la mère, à travers un bassin dont le diamètre antéro-postérieur a 31 mill. et dont le diamètre transversal a de 64 à 76 mill. : par la craniotomie, la céphalotripsie ou la *cranioclasmie*, quand la voûte du crâne a été détruite, si l'on amène la face à se présenter de champ, ou la tête de côté.

2° Après la céphalotripsie ou la cranioclasmie, la version, aidée par la pression sus-pubienne vaut mieux, si on la fait avant que les forces de la patiente soient épuisées.

3° Le cranioclaste ou le céphalotribe ne peuvent pas être considérés comme de bons traitements dans les cas de rétrécissement extrême ; il faut d'autres instruments.

4° L'opération césarienne ne doit pas être pratiquée dans ces cas, à moins qu'elle ne soit exigée par d'autres circonstances.

Un article éditorial (2) de l'*Obstetrical Journal* affirme fortement *la méthode de Crédé pour la délivrance*, au moyen de la pression suspubienne (3). Il pourrait sembler superflu de parler d'une méthode aussi généralement adoptée ; l'auteur prouve cependant, par des citations empruntées à des ouvrages récents, que son application est loin d'être universelle. Si nous parlons de cet article, c'est que nous croyons à l'utilité de la méthode, et à son efficacité pour prévenir l'hémorrhagie.

L'année dernière, nous avons parlé d'un long débat sur *l'hémorrhagie après l'accouchement*. Cette question a continué d'attirer l'attention des médecins. Lévi Gras (4) soutient que *la compression de l'aorte* est le moyen le plus efficace pour arrêter promptement ces hémorrhagies, et qu'il peut souvent préserver les accouchées d'une mort certaine. Cette idée n'est pas nouvelle, elle a quelques adeptes.

W. Donovan (de Cork) affirme (5) l'utilité de fortes doses de *chanvre indien* (XX *minims* de teinture) (6), dans ces cas. Ce remède agirait dans l'espace de quelques minutes, et n'a jamais donné que des succès à Donovan. Il diminuerait aussi beaucoup la métrorrhagie

---

(1) *Med. Record*, 18 mars 1876.

(2) Article sans nom d'auteur, traitant en général une question pendante ou la résumant. — A. C.

(3) Mars 1875, p. 773. — A. C.

(4) C'est sans doute du mémoire de Léon Gros, publié à Paris en 1876, que l'auteur veut parler. — A. C.

(5) *Edinb. med. Journ.*, 1875.

(6) Le *minims* est à peu près égal à deux gouttes, c'est donc environ XX gouttes que l'auteur emploie. — A. C.

et la ménorrhagie. Trask (1), croit à l'utilité des injections intra utérines d'iode dans les hémorrhagies post partum. Voici le résumé de son travail :

1° Dans un grand nombre des cas où les injections de sels de fer ont pu sauver la vie des malades, ce n'est pas à cause de leur action styptique locale, mais parce qu'ils ont excité une action réflexe, alors que les frictions et les autres moyens avaient échoué.

2° La coagulation du sang peut produire dans l'utérus des troubles dangereux ; il peut s'accumuler des caillots, qui, par leur séjour, se putréfient, et donnent naissance à la septicémie.

3° Il paraît prouvé que, comme excitant de l'action réflexe endormie, la teinture d'iode peut avantageusement remplacer les sels de fer, à cause de ses propriétés excitantes et antiseptiques.

Cette méthode a été proposée et exécutée, il y a plusieurs années (2), par Dupierris (de la Havane) a été soutenue dernièrement par Emmet, et appliquée par Harrison (de New-York). Les arguments de Trask entraînent la conviction. Après l'étude sérieuse que nous avons faite dans notre rapport de l'année dernière, nous avons acquis la persuasion, qu'une substance, qui, comme l'iode, a le pouvoir d'exciter une action réflexe, est préférable au fer, dont le danger est de produire des caillots durs.

Parry (3), en étudiant la question de *l'épilepsie des femmes enceintes*, arrive à conclure qu'elles ne sont pas plus sujettes aux convulsions que hors l'état de grossesse. L'accouchement, dans ces conditions, n'est, en général, pas plus dangereux que pour les femmes en santé. D'un autre côté, la grossesse peut être la cause de l'épilepsie. Dans ce cas, les accès se présentent rarement pendant le travail, la maladie est arrêtée par l'accouchement, mais elle reparaît presque toujours dans les grossesses suivantes. L'épilepsie peut avancer la mort de la malade.

Duncan (4) soutient qu'on a exagéré l'importance de la maladie de Bright dans la production de l'éclampsie puerpérale. L'apparition momentanée de l'albumine dans l'urine n'est point une preuve de l'existence de la néphrite (5). La grossesse peut à elle seule, produire un état semblable à celui qu'on remarque dans les affections chroniques des reins. Les femmes enceintes sont hydrémiques, leur sang renferme beaucoup d'urée, il est abondant, mais aqueux. Le cœur est probable-

---

(1) *Am. Journ. of obst.*, juillet, 1875.

(2) En 1870. — A. C.

(3) *Am. Journ. of obst.*, août 1875.

(4) *Practitioner*, avril 1875.

(5) Cette question est fort bien traitée dans le mémoire de Charles (de Liége). *Nature et traitement des convulsions*, etc. Bruxelles, 1876. — A. C.

ment forcé de faire effort pour vaincre la résistance qu'offrent les vaisseaux contractés et la tension artérielle. Il n'est pas surprenant que, dans ces conditions, il se produise des convulsions, et qu'elles paraissent coïncider avec les douleurs.

Le *traitement* consiste dans la déplétion de l'utérus ; si le travail ne fait que commencer, il ne faut accélérer l'accouchement que dans les cas désespérés, si les crises sont fortes, fréquentes, si la malade est pâle ou cyanosée, si la respiration est fort gênée, et le coma profond. Il faut obtenir des selles, et examiner l'urine. La saignée est utile pour franchir un accès, le chloroforme et le chloral rendent de fréquents services ; mais si la respiration est incomplète, et la cyanose accentuée, le chloroforme doit être employé avec précaution (1).

Galabin (2) suppose une autre *cause aux convulsions puerpérales*.

Il croit que nous avons tout lieu de supposer que la cause primitive de l'éclampsie puerpérale et de l'albuminurie est la présence d'une matière morbide en circulation dans les vaisseaux, mais qu'elle ne suffit à produire les convulsions que lorsque la néphrite a commencé, quoique celle-ci puisse ne pas encore être arrivée à l'albuminurie.

Il est fort peu probable que cette matière morbide puisse se développer assez soudainement pour produire dans peu d'heures, directement et à elle seule, l'éclampsie et la néphrite confirmée. Le fait que l'albumine n'apparaît qu'au bout de plusieurs heures, après les crises, ne prouve pas que la néphrite ne soit pas la cause des convulsions, car l'albuminurie n'est pas nécessairement le premier effet de la néphrite ; l'hydropisie peut précéder l'albuminurie, et le rein peut perdre la faculté de sécréter des matériaux solides avant de laisser passer l'albumine. La pathologie des cas où l'on ne trouve jamais d'albumine paraît les rapprocher de l'épilepsie ordinaire.

Dans le numéro de novembre 1875, de l'*Am. Journ. of. obst.*, Serdukoff (de Moscou) nous donne quelques observations cliniques sur les *formes bénignes de l'inflammation puerpérale des tissus paramétriques*. L'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la partie inférieure de l'utérus et le fond du vagin a reçu dès lors le nom de paracervicite (3) mot hybride, pour le dire en passant ; Serdukoff distingue cette phlogose du phlegmon du ligament large, et de la paramétrite qui nous donne une large tuméfaction au niveau du milieu et de la partie supérieure de l'utérus.

---

(1) Je passe le résumé d'un article de Bourneville, que nos lecteurs ont pu lire ailleurs. — A. C.

(2) *British med. Journ.*, 22 mai 1875.

(3) Je propose, à la place de ce mot hybride, paratrachéite (τραχηλος). — A. C.

L'exsudation inflammatoire est peu abondante, le pouls ne dépasse guère 9°. La température s'élève rarement au-dessus de 38°,33 ou 40°,56 ; la guérison est presque toujours rapide et certaine.

Nous voici tout naturellement amené à parler de *fièvre puerpérale*, dont on s'est beaucoup occupé dans ces derniers dix-huit mois. La société obstétricale de Londres avait choisi ce sujet pour sa discussion annuelle, et avait prié Spencer Wells d'ouvrir le débat et plusieurs médecins anglais et américains, d'y prendre part; les questions et les réponses ont été pleines d'un grand grand intérêt, au point de vue théorique et clinique (1).

REVUE CLINIQUE

UN CAS DE PARALYSIE D'UN MEMBRE INFÉRIEUR APRÈS ACCOUCHEMENT LABORIEUX

Par le Dr Bourru,
Agrégé aux Ecoles de médecine navale.

Dans une thèse publiée à Paris en 1876, M. Lefebvre a réuni neuf observations de paralysie traumatique des membres inférieurs consécutives à l'accouchement laborieux. C'est là, si je ne me trompe, tout le bagage de la science obstétricale sur cet accident du reste assez rare. Je ne crois donc pas inutile de rapporter un nouveau cas que j'ai observé cette année.

Le voici :

La femme Paquet, âgée de 28 ans, primipare, est prise de douleurs le 28 mars 1876.

Par suite d'un léger rétrécissement du bassin, la tête reste au détroit supérieur pendant dix-huit heures, tellement serrée dans la circonférence du détroit qu'il est impossible de passer une sonde

(1) Je supprime ce compte-rendu, donné in extenso dans les *Annales*, 1875, t. II, p. 297, 368, 457, 1876, t. I, p. 131, 378; t. II, p. 142. 224. — A. C.

pour vider la vessie qui après ce long espace de temps forme une grosse tumeur au-dessus du pubis.

L'enfant est extrait après deux applications de forceps et de tractions très-énergiques et prolongées. A la suite de cet accouchement si pénible il est survenu : une fistule vésico-vaginale opérée avec plein succès trois mois plus tard par le Dr Bessette (d'Angoulême), puis des troubles nerveux de l'un des membres inférieurs qui m'ont paru assez intéressants pour faire le sujet de cette note.

Pendant la durée du travail, quand la tête, engagée au détroit supérieur, comprimait si violemment et si longtemps toutes les parties molles, la malade se plaignait d'une vive douleur au gros orteil gauche.

Les premiers jours après l'accouchement elle n'accusait de douleur que dans l'aine, toujours à gauche. Plus tard elle appelle de nouveau mon attention sur le pied. La douleur y est assez violente pour interrompre le sommeil, violente plus encore quand elle appuie le pied par terre les premières fois qu'elle se lève. Je trouve un gonflement modéré avec empâtement, légère coloration de la peau, tel enfin que pour tout médecin il sera dépeint mieux que par toute description par le nom de *rhumatisme articulaire subaigu.* La lésion siége aux articulations tarsiennes, métatarsiennes et métatarso-phalangiennes, surtout à celle du premier orteil. Ce gonflement douloureux persiste trois mois avec des alternatives de diminution et d'aggravation et disparaît alors en s'effaçant peu à peu.

La malade a cru éprouver quelque soulagement dans des applications émollientes et narcotiques. A cela s'est borné tout le traitement.

A en juger par les symptômes objectifs et la nature de la douleur, il n'est personne qui n'ait dit qu'il s'agissait d'un rhumatisme articulaire. Mais l'absence de tout antécédent diathésique, la fixité des fluxions articulaires, l'origine connue de ces accidents, la coïncidence d'autres troubles que je vais décrire ne permettent pas de s'arrêter à ce diagnostic.

A mesure que disparaissent les symptômes rhumatoïdes, apparaît une paralysie curieuse par sa localisation limitée. Il me paraît probable que cette paralysie existait dès le début, mais le gonflement, la douleur expliquaient assez l'immobilité du membre pour ne pas la laisser paraître.

Des circonstances particulières me firent perdre de vue cette malade. Un an plus tard je la retrouvai; la paralysie existait toujours et je pus alors l'étudier plus attentivement. Voici ce que je constatai :

Le pied gauche est immobile dans une extension modérée; il ne possède que quelques légers mouvements de latéralité. La pointe du pied retombe inerte quand elle a été soulevée par la main de l'observa-

teur. Les orteils paraissent privés de tout mouvement; aux trois derniers seulement sont restés encore quelques mouvements d'adduction et d'abduction. La malade éprouve une grande difficulté à chausser un soulier, parce que dans ce mouvement les orteils exagèrent leur flexion que ne contrebalance aucune puissance d'extension. Dans la marche quand le pied gauche soulevé du sol se porte en avant, la pointe reste pendante et c'est l'élévation du genou qui s'exagère pour lui éviter de heurter le sol. La partie antérieure du pied se pose la première, puis le talon; mais alors le pied se déroule régulièrement, les extenseurs ayant conservé toute leur puissance.

Les mouvements de la cuisse et de la jambe sont tout à fait réguliers.

Les membres paralysés n'ont jamais eu ni crampes, ni convulsions, ni contractures.

Les mouvements réflexes sont abolis dans les mêmes régions que les mouvements volontaires.

Le courant d'induction appliqué directement ne provoque aucune contraction des muscles antérieurs et externes de la jambe. L'un des excitateurs étant placé sur le trajet du sciatique, derrière le grand trochanter, l'autre sur les muscles, le courant produit un très-léger mouvement d'extension des orteils.

L'excitation électrique fait contracter vivement les interosseux abducteurs et maintient les orteils dans un écartement forcé.

La malade éprouve des fourmillements fréquents dans les régions antérieure et externe de la jambe, sur le dos du pied et sur le gros orteil. A cela se bornent les sensations spontanées.

La sensibilité à la température et la sensibilité électrique sont normales.

Les sensations tactiles et douloureuses sont hésitantes. La notion de lieu est précise; mais la malade confond un corps dur et un corps mou, une piqûre avec un simple contact.

Ces anomalies de la sensibilité sont limitées exactement aux faces antérieure et externe de la jambe et au dos du pied.

La nutrition paraît tout à fait normale depuis la fin des accidents rhumatoïdes. L'aspect de la peau ne diffère pas dans les régions paralysées et dans les régions voisines. Jamais il n'y a eu gonflement, œdème, ni pâleur ou rougeur, ni éruptions, ni sueurs profuses. Les poils et les ongles n'ont pas pris une croissance exagérée. Les articulations ont leurs reliefs et leurs dépressions ordinaires avec toute la mobilité désirable pour les mouvements communiqués.

Le membre ne paraît pas non plus atrophié ni même amaigri.

Enfin, la température mesurée au thermomètre appliqué sous une bande de laine, était : à la région antéro-externe de la jambe paralysée,

37°,8; sur le dos du pied paralysé, 34°,8, sur le dos de l'autre pied, 29°,8.

Ces explorations thermométriques sont tout à fait incomplètes et peu concluantes. J'avais l'intention de les compléter avec les autres parties de l'examen, de mesurer la circonférence de la jambe, d'essayer l'action des courants continus, etc., mais avec cette délicatesse de procédés ordinaire à nos bons campagnards, la malade, pour me récompenser de tous les soins *gratuits* que je lui ai donnés, si longtemps, s'est absolument refusée à se prêter davantage à mes recherches,

Depuis cette époque je rencontre parfois cette femme et, forcé de m'en tenir à un simple coup d'œil au passage, je crois remarquer que sa démarche est plus vive et plus légère. Elle ne se sert plus de bâton ; le pied toutefois se pose encore par la pointe.

Cette observation est parfaitement analogue à celles de MM. Lefebvre (thèse 1876) et Bianchi (thèse de 1867, citée par M. Lefebvre).

J'en rappelle en quelques mots les principales circonstances : Présentation du sommet. Je n'ai pas conservé le souvenir de la position ; cependant l'occiput était en avant, car je me rappelle qu'il s'est dégagé en avant sans que la rotation ait été faite par une double application du forceps.

Travail prolongé; engagement difficile; arrêt au détroit supérieur.

Application de forceps qui termine l'accouchement par des tractions très-énergiques.

L'enfant a succombé.

A la suite de cet accouchement pénible :

Fistule vésico-vaginale.

Paralysie des extenseurs du pied et des orteils gauches.

Diminution de la sensibilité aux mêmes régions où siége la paralysie motrice, c'est-à-dire aux faces externe et antérieure de la jambe, sur le dos du pied. Je remarque dans les observations de M. Lefebvre comme dans la mienne que la sensibilité n'est pas complètement abolie mais plus ou moin obtuse et affaiblie.

Ces troubles nerveux avaient été précédés et comme annoncés pendant le travail par une vive douleur au pied gauche et surtout au gros orteil.

Jusqu'ici toutes les observations sont bien concordantes. Arrivés aux troubles de nutrition nous rencontrons quelques différences entre mon observation et celles qui ont été publiées antérieurement.

L'amyotrophie dont la conséquence est une diminution de la circonférence du membre est signalée presque partout. Sur ce point mon observation est muette; j'ai dit comment j'avais dû la laisser incomplète. Je puis dire cependant que l'amaigrissement, s'il existait, n'était pas assez apparent pour frapper les yeux.

Du côté de la peau, pas plus que mes prédécesseurs, je n'ai noté de troubles de nutrition.

Mais j'ai constaté, si incomplet que soit encore mon examen sur ce point, une élévation de température aux régions paralysées. Jusqu'ici il n'existe pas de recherches dans ce sens. Tout au plus deux ou trois observations signalent que le pied et la jambe paralysés étaient plus froids.

Enfin, j'ai constaté, et c'est là le côté vraiment original de mon observation, des arthropathies rhumatoïdes, semblables à celles que MM. Charcot, Vulpian et autres ont décrites comme conséquences de l'irritation des troncs nerveux. M. Charcot signale la fréquence de l'ankylose à la suite de ces arthropathies; ici l'ankylose a manqué.

Ces troubles trophiques sont un symptôme ajouté à la série des symptômes des paralysies puerpérales des membres inférieurs. Ils apportent un argument et un argument important, je crois, à l'opinion qui considère ces paralysies comme causées par la compression d'un tronc nerveux, puisqu'ils les rapprochent davantage des accidents consécutifs aux compressions nerveuses que l'observation et l'expérience ont recueillis jusqu'ici.

Quant à savoir le nerf qui subit cette compression pendant l'accouchement, je n'ai pu faire moi-même de recherches anatomiques, mais M. Lefebvre me paraît avoir établi aussi bien

que possible pour le moment, que c'était le nerf lombo-sacré.

Ce qui est certain et bien remarquable c'est la localisation précise des symptômes à la sphère de distribution du sciatique poplité externe.

Il ne faut pas oublier non plus que dans les cas connus jusqu'à ce jour la paralysie a été unilatérale.

Je crois sage pour le moment de s'en tenir aux notions cliniques recueillies sur ces sortes de paralysies et d'attendre pour préciser la question d'anatomie pathologique que quelque circonstance ait permis l'examen *post mortem* qui n'a pu être fait jusqu'ici.

REVUE DES JOURNAUX

De la contracture du sphincter externe de l'anus chez les enfants. (*Observation tendant à démontrer que cette contracture est toujours congénitale*), par le Dr KJELLBERG (*Nordiskt med. arkiv.*, Band. IX, n° 25).

Dans un mémoire sur la constricture de l'anus chez les enfants, publié par les *Archives médicales du Nord*, l'auteur avait déjà cherché à démontrer que cette affection est presque toujours congénitale.

Il citait dans son mémoire deux cas à l'appui de cette opinion. Il a observé, depuis, deux cas analogues dont il publie aujourd'hui l'observation.

OBS. I. — Une fille de 10 mois avait eu, depuis sa naissance, des évacuations difficiles; celles-ci étaient toujours accompagnées de douleur. La mère, à qui l'on avait conseillé d'employer des lavements, y avait eu recours, mais dans les derniers mois cette difficulté d'évacuer s'était considérablement augmentée, au point que l'enfant quand elle en venait à ce moment, devenait inquiète, se mettait à crier et s'agitait de côté et d'autre. En outre elle n'avait plus d'appétit et avait maigri.

L'examen ne révéla aucune fissure, mais fit constater une contracture considérable du sphincter externe et une distension des veines autour de l'ouverture anale. L'auteur opéra la dilatation forcée. Les évacuations devinrent régulières, l'enfant redevint calme, retrouva son appétit et reprit de l'embonpoint.

L'auteur remarque lui-même que la preuve de l'origine congénitale

peut paraître insuffisante dans ce cas, puisque la fille avait déjà 10 mois quand elle fut l'objet de son observation, mais il pense qu'on doit ajouter foi entière au rapport de la mère, qui est une femme instruite.

Obs. II. — Un garçon, âgé de quatorze jours seulement quand il fut soumis à l'observation de l'auteur, présentait alors une contracture évidente du sphincter externe sans la moindre fissure ; il n'avait eu d'évacuation naturelle que deux fois ; il avait fallu les laxatifs et les lavements, et les évacuations étaient toujours accompagnées de douleur, la dilatation forcée fut opérée. Immédiatement après, les évacuations furent exemptes de douleur, mais après deux ou trois semaines celle-ci reparut et l'on dut employer de nouveau les lavements. Un nouvel examen fit constater que le sphincter externe s'était contracté. Nouvelle opération de dilatation forcée, après laquelle les selles devinrent régulières, et exemptes de douleur. L'enfant se rétablit complètement.

L'auteur conclut de ces deux observations et de celle qu'il avait précédemment rapportée, que la contraction du sphincter externe de l'anus peut être et est fréquemment congénitale.

Dr Lutaud.

De l'invagination intestinale chez les enfants, par le Dr Hirschsprung (*Nordiskt med. arkiv.*, Band. IX, n° 25).

En peu d'années l'auteur a eu l'occasion d'observer huit cas d'invagination intestinale, ayant eu lieu tant chez des nourrissons, que chez des enfants d'un âge plus avancé ; dans le même laps de temps, quatre cas de la même affection, traités par ses collègues, sont venus à sa connaissance. Il partage tout à fait l'opinion générale sur la fréquence extraordinaire de cette maladie au premier âge et, selon lui, elle est encore plus fréquente qu'on ne l'a admis généralement, un grand nombre de cas se confondant sans doute dans la grande classe des entérites infantiles. Cette particularité qu'on remarque surtout chez les enfants du plus bas âge, s'explique par l'intensité moins grande des symptômes, le siége presque exclusif de la maladie se trouvant dans le gros intestin, dont le calibre s'obstrue plus difficilement.

Après la première année, les symptômes se rapprochent de plus en plus de ceux observés chez les adultes. C'est alors que le début plus ou moins soudain de la maladie, l'agitation et les cris de l'enfant, les vomissements presque continuels, la sortie de matières mêlées de stries de sang ou de sang pur (symptôme presque pathognomonique) doivent éveiller le soupçon, la sûreté du diagnostic n'est obtenue qu'à l'aide de l'indication d'une tumeur, indication qui résultera

toujours de l'exploration soigneuse des portions diverses du gros intestin; car ce viscère est, chez l'enfant, le siége presque exclusif de la maladie.

Le diagnostic, qui est ainsi le plus souvent assez facile, est au contraire entouré de grandes difficultés dans certains cas demi-chroniques, plus ou moins dépourvus de symptômes positifs : pas de vomissements, pas d'hémorrhagie intestinale, des selles quotidiennes, mais des accès violents de colique venant de temps à autre, suivis par des intervalles tout à fait libres.

L'auteur appelle l'attention sur un symptôme qu'il a observé quelquefois : en cas d'invagination dans les portions supérieures du gros intestin, on trouvera par l'exploration anale, le rectum tiré en haut, la muqueuse lisse et tendue; dans le cas où la portion invaginée est descendue si loin que le doigt explorateur ne peut l'atteindre, ce symptôme ne se montre plus; en revanche, l'anus est souvent béant.

M. Hirschsprung a profité de la faculté connue qu'ont les enfants de tolérer le chloroforme, et il a fait un grand usage de ce médicament. Il a chloroformé afin de vaincre, et la résistance à l'exploration de l'abdomen, et la résistance au traitement, lequel a consisté en injections d'eau tiède au moyen d'une pompe à jet continu.

Lorsque les essais de réduction ne sont pas couronnés de succès, l'auteur conseille de pratiquer l'ouverture de l'abdomen pour aller à la recherche de l'invagination et d'opérer le déplissement de la partie invaginée. Le siége presque exclusif de la maladie dans le gros intestin, la facilité avec laquelle on peut toujours palper la tumeur et, guidé par la palpation, préciser la place convenable de l'incision, le défaut très-fréquent de fausses membranes autour de l'intestin invaginé, sont autant de conditions de la plus grande importance pour le succès de l'opération. Deux cas d'invagination traités de cette manière et heureusement guéris sont cités par des auteurs anglais, l'âge plus avancé où il est permis de compter sur la puissance de la nature elle-même, âge auquel des procès d'élimination se présentent avec une fréquence beaucoup plus grande, et où il importe avant tout, par conséquent, de gagner du temps, il faut sans doute préférer l'entérotomie, qui a l'avantage d'être une opération beaucoup moins dangereuse. En tout cas, l'opération, quelle qu'elle soit, est chose si délicate dans ces circonstances, qu'il faut espérer que le progrès de nos connaissances des rapports de l'invagination intestinale des enfants la rendront de moins en moins nécessaire.

Dr Lutaud.

Ovariotomies, par Karl v. Rokitansky. — Karl v. Rokitansky, de Vienne, prend les précautions suivantes : avant l'opération, la salle

est aérée à fond au moins pendant deux jours, en hiver on la chauffe à 17° pendant l'opération. Avant l'opération les malades prennent de nombreux bains chauds pour exciter les fonctions cutanées, et on surveille la régularité des selles ; en outre le rectum est vidé par un lavement quelques heures avant l'opération. Relativement aux instruments et aux autres ustensiles, il tient sévèrement à la plus scrupuleuse propreté ; les instruments sont huilés avec l'huile phéniquée avant leur emploi. Les éponges, qui ne servent à aucune autre opération, sont conservées dans une solution phéniquée 5 0/0, d'une ovariotomie à l'autre, dans un vase bien fermé. Un quart d'heure avant l'anesthésie, qui est toujours faite avec du chloroforme pur, injection sous-cutanée d'une seringue de Pravaz pleine d'une solution de : sulf. d'atrop. 0,0005, chlorhydr. de morph. 0,07, eau distillée 500. Avant l'opération, lavage de l'abdomen avec une solution phéniquée 2 0/0. Le pansement après fermeture de la plaie abdominale au moyen de sutures, se compose d'un linge trempé dans l'huile phéniquée 2 0/0, de charpie phéniquée ou de ouate phéniquée, d'une ceinture de flanelle. Changement de pansement du deuxième au cinquième jour inclus. Au moins pendant les deux premières semaines (ordinairement plus longtemps) l'opérée a une chambre pour elle et les cinq premiers jours une garde-malade pour elle seule. Les trois ou quatre premiers jours il ne donne que des aliments liquides : soupe, lait, décoction de riz ou d'orge ; à partir du quatrième ou cinquième jour : viande rôtie ; à partir du neuvième ou du dixième jour, peu à peu la nourriture habituelle. (*Wiener med. Presse*, 1877, et *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er novembre 1877. Dr LUTAUD.

Quelques observations sur la diététique des nouveau-nés, par PETERS. — Autour de Bonn, où quelques enfants seulement reçoivent du lait maternel pendant les six ou sept premières semaines, la mortalité n'a été cependant que de 9 0/0. La plupart des enfants nourris au lait condensé (de Suisse) devenant rachitiques, on se décida à y ajouter une grande cuillerée à bouche de farine de « léguminose » délayée dans un demi-litre d'eau avec addition de sel de cuisine et cuite pendant une demi-heure. Jusqu'à trois mois, les enfants en reçoivent une fois par jour une cuillerée à bouche mêlée à du lait, plus tard on leur en donne une cuillerée à bouche dans chaque portion de lait.

L'auteur signale dans une salle de l'établissement une endémie de catarrhe aigu gastro-intestinal, qui probablement pouvait être attribuée à ce que les infirmières n'avaient pas aéré et avaient séché des langes au poêle. Les dyspepsies y sont traitées avec succès par l'administration de plusieurs cuillerées à café d'acide chlorhydrique dilué (0,05 : 100).

De beaux résultats ont été obtenus dans le traitement du catarrhe gastro-intestinal au moyen de la gomme arabique. On en donne 1 à 2 cuillerées à thé, dissoutes dans un quart de litre de lait condensé, dès le début de la maladie, plus tard aussi le lait est mélangé de gomme arabique. Elle agit en revêtant d'une couche inerte les parties de la muqueuse privées d'épithélium et les protége de la sorte contre l'influence irritante d'aliments décomposés, et en produisant une coagulation de la caséine en petits caillots fins.

Des mensurations thermométriques précises chez les enfants avant et après le bain, montrèrent que des bains d'eau douce, ainsi que des bains d'eau de sel de cuisine à 25°, 26° et 29° R. ne donnaient que des variations nulles ou très-insignifiantes de la température du corps, avec une durée de bain de 3 minutes. Après un bain de 20 minutes 25° R., on remarque un abaissement de 0,83° C. en moyenne (max. 1,5, min. 0,2), à 26° R. un abaissement de 0,45° C. (max. 0,8), à 29° R. un abaissement de 0,22° C. (max. 0,5). (*Wiener med. Presse*, 1877, et *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er novembre 1877.)

Dr Lutaud.

VARIÉTÉS

Mon bien cher rédacteur et ami,

Soyez assez bon pour m'accorder une petite place dans le numéro prochain de vos *Annales de gynécologie*, afin de pouvoir répondre à l'observation qu'a bien voulu faire mon honoré confrère le Dr Saint-Vel, à propos de l'action du **lait quininisé**, ou soi-disant *quininisé*, transmis par la mère allaitant son enfant.

Ma réponse sera simple, attendu que je n'ai rien à changer aux faits que j'ai observés et que j'ai rapportés tels que je les ai vus, mais j'ai, je crois, au moins le devoir de m'expliquer plus clairement sur l'interprétation que j'ai donnée à ces mêmes faits et qui, j'en ai peur, n'ont pas été compris comme je l'aurais voulu. Car il me semble n'avoir pas conclu d'une façon absolue, que la quinine a été la cause positive de la mort des nouveau-nés qui avaient tété leur mère, puisque je dis :

« Nous avons vu des nouveau-nés succomber avec une rapidité presque foudroyante après avoir tété leur mère qui *cependant n'avait pris qu'une dose moyenne de sulfate de quinine*, tandis que d'autres dont la mère avait pris des doses plus fortes, *n'en ont ressenti aucun effet fâcheux*. — A quoi attribuer ces différences dans les résultats ? ce

n'est certainement pas aux doses trop fortes, puisque ceux-ci ont succombé, la mère n'ayant pris que des doses moyennes de quinine. — Cela tient, ainsi que nous le disions à l'instant, *d'une part* (1), au mode d'administration de la quinine, au moment opportun de son ingestion, et *beaucoup aussi*, à *l'état morbide de la mère, toutes circonstances importantes à étudier et difficiles à savoir.* »

Et plus loin : — « Les accidents dont nous avons été témoin se sont manifestés de préférence sur les enfants dont les mères étaient atteintes soit de symptômes pernicieux, soit d'une fièvre puerpérale plus ou moins grave; nous ne voudrions pas dire que dans ces conditions, *la quinine ait été la cause unique d'intoxication*; d'abord parce que dans un cas, nous n'avons pu nous assurer si la quinine avait bien été transmise par la lactation, et que nous avons lieu de penser que le lait *était loin de posséder toutes les qualités physiologiques indispensables à un lait sain*, et que sans aucun doute *il était altéré*, c'est-à-dire *qu'il avait charrié des globules de pus et des bactéridies*, ainsi que nous avons pu nous en convaincre dans deux autres cas. »

Est-il possible d'être plus explicite, et peut-on mieux plaider en faveur d'un médicament qui n'était pas incriminé, et sur lequel, au contraire, je voulais enlever tout soupçon d'accusation. — Car ce qui m'a fait exposer les faits que j'ai cités et qui font le sujet de ce travail, c'est la reconnaissance que je ressens pour ce médicament qui m'a rendu tant de services et que je ne saurais assez louer.

Que dire de plus que ce que j'ai dit, lorsque j'expose qu'à l'exemple de notre confrère Lediberder, j'ai administré la quinine à la dose de 50 à 60 centigrammes à de nouvelles accouchées atteintes de gerçures du mamelon avec symptômes fébriles concomitants, sans que le plus grand nombre des nourrisons s'en trouvât trop incommodé : et que d'un autre côté j'ajoute, qu'en outre de l'influence tétanique qui peut également peser sur l'enfant, nous avons lieu de penser que le lait peut souvent être altéré par les conditions pathologiques que la mère subit.

Que mon honorable et distingué confrère Saint-Vel, veuille bien relire avec attention ce petit chapitre, et il verra, j'en suis convaincu, que dans cet exposé, j'exonère à peu près complètement la quinine des accidents dont j'ai été témoin, puisque j'en cherche l'explication autre part que dans l'action directe de la quinine, transmise par le lait, — c'est, dis-je, que je conseille de prendre quelques précautions à l'égard de la lactation. Car enfin, pour dire la vérité, je ne peux dissimuler que quelques enfants n'aient été véritablement indisposés par l'action de la quinine.

---

(1) J'aurais dû dire *peut-être*.

Nous recommandons la prudence, justement parce que nous ne voudrions pas jeter la moindre défaveur sur ce médicament héroïque, dont, je le répète, je ne saurais trop chanter les louanges ; car pendant ma longue carrière médicale dans la Sologne, là où l'impaludisme s'il n'a pas toute la gravité qu'il peut avoir dans les Antilles, n'en est pas moins bien souvent pernicieux, là, dis-je, grâce à ce précieux alcaloïde, j'ai pu sauver bien des existences terriblement compromises.

Enfin, j'espère bien, mon cher rédacteur, que le plus grand nombre des praticiens ne pourra qu'approuver ma conduite, en prenant, dans le cas dont il s'agit, toutes les précautions dont je viens de parler dans l'administration de la quinine, à des mères récemment accouchées.

Agréez, etc...

Dr Edouard BURDEL.

Vierzon, 21 décembre 1877.

Thermométrie utérine dans l'hématocèle péri-utérine, par le Dr ARNELLI. — *La Gazette médicale de Paris* rapporte d'après le *Movimento medico-chirurgico* de Naples que l'hématocèle péri-utérine se distingue facilement de la cellulite pelvienne à l'aide de la thermométrie utérine. Dans le premier cas, la température est notablement abaissée et arrive à 37°,5, 37°.2 ; dans le second cas, au contraire, dans la cellulite pelvienne, la température ne descend jamais au-dessous de 38°,25. L'hématocèle qui se complique de pelvi-péritonite n'atteint pas plus de 38°,1. Dans la métrite parenchymateuse, la température est de 39°,5.

Naissance multigémellaire. — La *Gazette hebdomadaire* rapporte d'après la *Wiener medizinische Presse*, qu'un chirurgien de l'armée autrichienne a observé une femme âgée de 40 ans, qui est accouchée de cinq enfants, dont un mort-né et quatre vivants. Ces quatre derniers n'ont vécu que quelques minutes. Cette femme avait eu antérieurement neuf enfants dans des conditions normales et quatre fausses couches. Dans cet accouchement multigémellaire il y avait quatre garçons et une fille. Il y avait probablement cinq placentas, mais quatre seulement ont pu être retirés ; le cinquième a probablement été résorbé. La femme est maintenant remise de cet accouchement, et les cinq fœtus ont été conservés au musée pathologique de l'hôpital maritime de Pola.

Naissances à Londres. — Dans le cours des 52 semaines qui se sont

terminées le 29 décembre dernier, il a été enregistré à Londres, 127,258 naissances. La proportion des naissances est de 36,0 par 1000 habitants, elle avait été de de 36,5 pendant l'année précédente. Pendant l'année 1877, le chiffre des naissances a excédé celui des décès de 50,256.

Concours. — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne fait savoir que le lundi, 29 avril 1878, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour une place de médecin.

Nominations. — L'Académie de médecine a procédé, dans la séance du 22 janvier, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Kergaradec décédé.

M. Peter a obtenu 52 suffrages sur 71 votants. En conséquence, M. Peter, ayant obtenu la majorité des suffrages, a été proclamé membre de l'Académie de médecine.

Nous félicitons sincèrement M. Peter d'une distinction si justement méritée.

Nous sommes également très-heureux d'annoncer à nos lecteurs que notre savant collaborateur M. Delore, a été nommé professeur adjoint d'accouchements et de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Fleetwood-Churchill. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un des médecins les plus illustres et les plus estimés de l'Angleterre, le Dr Fleetwood-Churchill (de Dublin).

Cette perte nous est particulièrement sensible à cause de l'amitié dont il nous avait honoré.

M. Churchill, que l'état de sa santé avait obligé à renoncer depuis quelque temps déjà à la pratique de la médecine, n'avait pas pour cela cessé de faire profiter la science de sa longue expérience, comme le prouvent les communications qu'il faisait tout dernièrement encore à la Société obstétricale de Dublin.

M. Churchill nous laisse un livre sur les maladies des femme qui a eu six éditions en Angleterre et qui est connu en France par la traduction de Wieland et Dubrisay, en 1866, et par une seconde édition publiée par nous, en 1874.

Nous comptons fournir, dans notre prochain numéro, une biographie complète de cet éminent praticien, due à la plume de notre distingué collaborateur, le Dr Fancourt Barnes. A. LEBLOND.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE A TROIS MOIS ET DEMI DE GESTATION. — ENCLAVEMENT. — RÉDUCTION PAR LE RECTUM. — CONTINUATION DE LA GROSSESSE.

Par M. le Dr Pilat,
Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Leçon recueillie par le Dr Gorez, chef de clinique.

Les cas de rétroversion de l'utérus gravide se présentent assez rarement dans la pratique, pour que j'aie cru devoir saisir l'occasion qui s'est offerte de vous en présenter un exemple ; aussi ai-je fait venir, dans le service de la clinique obstétricale, une jeune femme qui s'était présentée dans mon service de médecine, et qui offrait le type de cet accident qui compromet souvent la marche de la grossesse et quelquefois la vie ou tout au moins la santé de la femme.

Cette jeune primipare a 19 ans ; d'une taille moyenne et d'une

force ordinaire, elle est bien conformée ; sa santé a toujours été bonne et sa menstruation régulière ; celle-ci a paru pour la dernière fois dans les derniers jours de septembre, et, au dire de la malade qui nous paraît bien renseignée et sincère, la grossesse daterait certainement des premiers jours d'octobre.

Cette femme se livrait journellement dans une filature à un travail pénible et soutenu ; dans le courant de décembre dernier, elle commença à ressentir des douleurs de reins qui augmentèrent bientôt de frequence et d'intensité, et qui, en se propageant du côté du petit bassin et des régions inguinales, rendirent la marche difficile et douloureuse ; la dysurie survint alors et suivit comme les autres accidents une marche progressive; malgré les envies fréquentes d'uriner et les efforts d'expulsion, la rétention devient bientôt telle que l'urine ne s'écoula plus que goutte à goutte ; il y avait en même temps une rétention des matières fécales qui ne cédait qu'aux lavements répétés.

C'est dans cet état qu'elle se présenta le 18 janvier dans notre service de médecine à l'hôpital Saint-Roch.

Au premier aspect, cette femme qui se disait enceinte paraissait être au terme de sa grossesse, et l'on était étonné d'apprendre qu'elle ne pouvait être qu'à trois mois et demi de gestation.

La tumeur de l'abdomen remontait jusqu'à l'appendice xyphoïde, la paroi abdominale était distendue d'une façon uniforme et ne présentait ni saillies ni bosselures, comme on en rencontre ordinairement dans les cas de grossesse.

Au palper de l'abdomen, on sentait une tumeur molle et fluctuante, assez bien limitée et d'une forme ovoïde, remontant jusqu'à l'appendice du sternum, et ne présentant aucune partie dure qui pût faire croire à la présence de quelque partie fœtale.

A l'auscultation, on ne trouvait aucun bruit fœtal ou utérin.

On constata un peu d'œdème sur la paroi abdominale antérieure.

Ajoutant les commémoratifs de la malade aux résultats de ce premier examen, nous reconnaissons que nous avons affaire à la vessie fortement distendue par l'urine ; de plus, nous rappelant ce que nous avons observé dans un cas semblable, nous

allons jusqu'à accuser l'utérus d'être la cause d'une rétention d'urine aussi complète.

En effet, par le toucher vaginal on arrivait aussitôt sur une tumeur arrondie, mollasse, du volume d'une tête de fœtus, et qui descendait jusqu'à 2 centimètres environ de la fourchette du périnée ; cette tumeur était recouverte par la paroi postérieure du vagin qui l'immobilisait dans la place qu'elle s'était faite entre la face antérieure du rectum, qu'elle refoulait en arrière, et la paroi postérieure du vagin dont elle s'était coiffée et qu'elle portait en avant jusqu'auprès de l'os du pubis ; la tumeur occupait donc tout l'espace libre du vagin, et elle n'était séparée du pubis que par le col de l'utérus ramolli et dirigé en bas et un peu en avant. Le toucher permettait aussi de reconnaître que le col se continuait avec cette tumeur, avec une flexion assez prononcée au niveau de leur union.

Le doute n'était plus possible alors : nous avions affaire à un utérus gravide en rétroversion, avec un peu de rétroflexion.

Voilà pour les symptômes locaux; quant aux symptômes généraux, ils étaient la conséquence inévitable d'un pareil état : facies altéré et portant les signes de la souffrance, soif vive, envies de vomir depuis deux jours.

En présence d'un pareil état, la première indication était de vider la vessie au plus vite ; une sonde en gomme glissa facilement jusque dans la cavité, et il s'écoula plus de trois litres d'une urine claire et limpide ; la sonde retirée offrait des incurvations multiples qui montraient combien le canal avait été tiraillé et tordu sur lui-même.

Après le cathétérisme, la tumeur de l'abdomen avait disparu ; il fut alors facile de déprimer la paroi abdominale, mais impossible d'atteindre l'utérus par le détroit supérieur.

Du côté du vagin, la tumeur avait persisté, de même que du côté du rectum où les matières fécales étaient arrêtées au-dessus de la partie comprimée.

Après ce traitement palliatif restait le traitement curatif, qui devait avoir pour but la réduction de l'utérus et le maintien de cette réduction.

Nous renvoyâmes la séance au lendemain, afin de vous mon-

trer la rétroversion avec enclavement et les manœuvres que cet accident peut nécessiter.

Le lendemain à la visite, cette femme n'avait pas uriné depuis le cathétérisme de la veille au soir ; le ventre avait repris en partie le volume que nous avons indiqué plus haut, la tumeur vésicale remontait au-dessus de l'ombilic, le cathétérisme fut aussi facile que la veille, il s'écoula 2 à 3 litres d'urine, et la sonde en gomme sortit en présentant les mêmes incurvations que la veille.

Nous procédâmes alors à la réduction de l'utérus, d'après la méthode de Blundell et de beaucoup d'accoucheurs français ; cette méthode consiste à placer la femme sur les genoux et les coudes et à refouler l'utérus avec les doigts introduits dans le rectum.

Par cette position donnée à la femme, on a l'avantage d'amener le relâchement des parois abdominales, d'éviter le poids de la masse intestinale sur l'utérus, enfin d'imprimer à l'utérus un mouvement qui concorde avec la direction de la pesanteur. Avec la main dans le rectum, on agit plus directement sur la tumeur, la direction des efforts concorde davantage avec la direction que devra suivre l'utérus pour se réduire, enfin on n'est pas exposé à léser la paroi vaginale comme dans la méthode de réduction par le vagin.

Dans le cas actuel, l'expérience a confirmé les raisons que nous venons de donner en faveur du procédé par le rectum : la femme fut placée dans la position indiquée plus haut, j'introduisis dans le rectum deux, puis trois doigts de la main droite; dans un premier temps, je tâchai de mobiliser le fond de l'utérus et de le refouler vers la concavité du sacrum ; alors la main opéra plus facilement, et dans un second temps je fis glisser l'utérus vers une des symphyses sacro-iliaques, de façon à éviter l'angle sacro-vertébral ; cette manœuvre dura quelques secondes seulement, et la réduction était opérée. On put alors constater que l'utérus avait repris sa position normale ; le col au centre du bassin, le segment antérieur et inférieur de l'utérus derrière le pubis, et le fond facilement senti au détroit supérieur.

Pour éviter le retour de l'accident, je plaçai un pessaire Gariel pendant vingt-quatre heures dans le rectum.

La nuit suivante cette femme a bien dormi, mais la vessie a perdu son pouvoir contractile, et la rétention continue à se produire ; pendant les quatre premiers jours on a dû sonder la femme deux fois par jour ; pendant ce temps aussi, je lui ai conseillé de rester couchée sur le côté et de prendre chaque jour un lavement, afin d'éviter tout effort de défécation.

Aujourd'hui, six jours après la réduction, la femme est bien rétablie, et la grossesse continue sa marche.

Voyons maintenant quelle a pu être la cause de cette rétroversion ?

Denmann, Hunter, et d'autres accoucheurs attribuent cet accident à la réplétion de la vessie; mais n'est-il pas évident que les premières difficultés d'uriner reconnaissent pour cause la pression exercée sur l'urèthre et le col de la vessie par le col et le segment inférieur de l'utérus au premier degré de la rétroversion, et ne suivons-nous pas facilement la marche de ces deux accidents qui se lient et s'aggravent l'un par l'autre ?

D'abord c'est l'utérus qui bascule en arrière et dont le col vient entraver la miction ; alors la vessie ne se vide plus complètement, elle se développe et pèse sur la paroi antérieure de l'utérus devenue supérieure, et si au poids de la vessie et des intestins nous ajoutons la pression des muscles abdominaux dans les efforts de miction, on comprend comment le corps de l'utérus a pu se renverser de façon que sa paroi antérieure regardait en arrière et en haut, et la postérieure en bas et en avant.

Mais, dira-t-on, quelle a été la cause du premier degré ou plutôt du premier mouvement de rétroversion ? Ici nous pouvons faire plusieurs hypothèses, et nous demander si avant la conception, il n'existait pas chez cette femme une prédisposition à cette déviation, ou bien si la congestion du début de la grossesse n'a pas amené ce premier mouvement de bascule de l'utérus, ou enfin si la station debout, pendant une grande partie de la journée, n'a pas été la cause lente et continue du début de cet accident.

Enfin si nous rejetons la distension de la vessie comme cause primitive et l'acceptons comme cause secondaire, nous devons reconnaître une autre cause secondaire; c'est l'impossibilité pour un utérus gravide qui est tombé dans l'excavation et qui s'y développe pendant quelque temps, c'est l'impossibilité, dis-je, de franchir le promontoire pour remonter dans le grand bassin; une fois tombé dans la concavité du sacrum, il s'y développe à son aise pendant quelque temps; mais bientôt il s'y trouve emprisonné, il est alors enclavé dans l'excavation, et, à cette période on voit s'aggraver les accidents signalés plus haut, on en voit apparaître d'autres, et c'est ainsi que dans certains cas on a vu survenir la paraplégie par compression du plexus sacré, l'œdème des membres inférieurs qui peut devenir assez considérable pour rendre la marche difficile et même impossible; c'est ce qu'il nous a été donné d'observer il y a quelque temps chez une malade du service de M. D[r] Houzé de l'Aulnoit; la réduction fut opérée par le procédé que nous avons employé, la grossesse continua sa marche, et huit jours plus tard, la malade sortait guérie.

Mais, si dans beaucoup de cas la rétroversion se produit lentement, pendant les premiers mois de la grossesse, si dans d'autres elle paraît avoir existé avant la fécondation d'une manière pour ainsi dire latente, pour se manifester ensuite à mesure que l'utérus se développe, il est des cas où cet accident se produit instantanément, au moment d'un effort violent; c'est ce qui est arrivé chez une de mes clientes : cette dame âgée de 26 ans et de taille moyenne avait eu 18 mois auparavant un accouchement qui n'avait présenté d'autre particularité qu'une présentation du siége ; la seconde fois elle était enceinte de deux mois et demi environ, lorsqu'elle fit un effort pour soulever une pièce d'étoffe qui se trouvait placée sur un rayon un peu élevé de son magasin ; elle ressentit aussitôt une douleur dans les reins, des tiraillements dans les aines, mais croyant s'être donné ce qu'on appelle un tour de reins, elle continua à vaquer à ses affaires pendant le reste de la journée ; le lendemain elle essaya de se lever, mais les douleurs et la gêne la forcèrent à garder le lit; puis les accidents suivirent leur marche, l'émission de

l'urine devint difficile, bientôt il y eut rétention et écoulement par regorgement, en même temps qu'une rétention des matières fécales avec pesanteur vers l'anus ; dans ses efforts de miction elle rendit bientôt un peu de sang liquide et quelques caillots, c'est alors qu'elle se décida à me faire appeler, pensant qu'elle allait faire une fausse couche.

Lorsque j'arrivai près d'elle, je trouvai l'abdomen développé et surtout vers la région hypogastrique; la tumeur vésicale remontait au-dessus de l'ombilic; par le toucher vaginal on trouvait dans la concavité du sacrum une tumeur qui se continuait avec le col de l'utérus mou et entr'ouvert et placé derrière le pubis; il s'écoulait un peu de sang de son ouverture, et la femme disait éprouver de temps en temps une douleur semblable à celle de l'accouchement; il était évident que nous avions affaire à une rétroversion de l'utérus avec menace d'avortement; cette menace me fit tenir pour prudent de ne pas tenter immédiatement la réduction de l'organe.

La vessie et le rectum furent vidés, je fis de plus administrer un lavement de ratanhia et laudanum; le lendemain le sang s'était arrêté, la vessie fut vidée deux fois par jour, et au bout de ce temps je procédai à la réduction; ici, comme l'utérus n'était pas enclavé, j'employai le procédé de Négrier, d'Angers; la femme, placée comme pour l'application du forceps, j'introduisis les doigts de la main droite dans le vagin en les dirigeant le plus possible en arrière de la tumeur, je plaçai le pouce sur le col de l'utérus afin de le maintenir, puis par une sorte de mouvement de flexion de la main, je repoussai l'utérus de bas en haut jusqu'à ce qu'il eût franchi le promontoire; craignant alors que le peu de développement de l'utérus ne permît un retour facile de l'accident, je conseillai à la malade de se coucher sur le ventre ou sur le côté pendant une grande partie de la journée, et lorsqu'au bout de six jours elle fut sur le point de se lever, j'appliquai un pessaire de Gariel dans le vagin, entre le col de l'utérus et le pubis; la malade devait le dégonfler pour uriner et aller à la selle; ce pessaire resta appliqué pendant trois semaines et la grossesse continua sa marche.

Voilà donc, Messieurs, plusieurs cas de rétroversion de

l'utérus gravide et plusieurs modes de réduction : l'un par le vagin, l'autre par le rectum; mais il y en a d'autres encore, et pour en parler je commencerai par le plus simple qui est la position unie à l'expectation : il consiste à faire garder à la femme une position telle que l'utérus glisse par son propre poids et reprenne sa place normale; on peut aider ce retour de l'utérus en introduisant un pessaire Gariel dans le rectum, d'abord pendant quelques heures, puis pendant un temps plus long; c'est ce procédé qui a réussi à M. Bernutz dans une observation publiée dans les *Archives de tocologie*, n° de janvier 1875; mais dans ce cas l'utérus était mobile dans l'excavation, il n'était pas enclavé comme chez la femme qui vient de passer dans notre service; chez celle-ci, ce procédé n'aurait pas suffi à mobiliser l'utérus, et de plus il était indiqué d'agir au plus vite afin d'éviter l'avortement.

Après ces procédés, je dois vous citer ceux dans lesquels on a recours aux instruments :

Il y a d'abord la baguette d'Evrat qui ressemble assez à une baguette de tambour dont on recouvrirait l'extrémité d'ouate ou d'un linge fixé à la gorge de l'instrument.

Dans les cas ou la méthode manuelle n'a pas réussi, à cause surtout de la position élevée du fond de la matrice, on introduit cette baguette dans le rectum, et on cherche à repousser graduellement l'utérus au-dessus de l'angle sacro-vertébral.

Parmi les autres instruments, je vous citerai le gorgeret, qui est semblable à celui dont on se sert dans l'opération de la fistule à l'anus, enfin une cuiller proposée par Rœderer.

Mais il est des cas, Messieurs, où la réduction n'a pu être obtenue par aucun de ces procédés, et dans lesquels les accoucheurs se sont vus forcés ou bien de ponctionner l'utérus par le rectum, ou bien de provoquer l'avortement; ces cas sont graves et peuvent facilement amener la mort de la femme.

Après vous avoir parlé de la rétroversion, permettez-moi, Messieurs, de rapprocher des exemples que je vous ai cités, un cas d'antéversion de l'utérus que j'ai observé chez une femme enceinte de deux mois et demi.

Madame X..., âgée de 23 ans et d'une taille moyenne, était réglée depuis l'âge de 15 ans; chaque époque menstruelle était annoncée par des douleurs de reins assez vives, avec tuméfaction légère et sensibilité de la région hypogastrique, nausées et quelquefois même vomissements de matières bilieuses; puis le sang s'écoulait abondamment, et le reste de l'époque se passait d'une façon normale.

Mariée à l'âge de 21 ans, trois mois plus tard elle fit une fausse couche à six semaines, et l'expulsion de l'œuf entier fut accompagnée et suivie d'une hémorrhagie assez abondante.

Après cet accident, les règles reparurent avec abondance comme par le passé, mais cette femme ressentait du côté du vagin une pesanteur incommode, occasionnée par un peu d'engorgement de l'utérus avec antéversion de l'organe.

En février 1874 les règles parurent pour la dernière fois, et bientôt elle éprouva tous les symptômes d'une grossesse à son début : salivation, vomissements, gonflement des seins; bientôt aussi elle s'aperçut que la sensation de pesanteur augmentait du côté du vagin, qu'elle s'accompagnait de tiraillements dans les reins et les aines, et qu'enfin survenait la rétention d'urine et des matières fécales; la grossesse était arrivée à deux mois et demi environ; alors apparut un écoulement de sang qui devint assez sérieux le deuxième jour pour décider la malade à me faire appeler.

A mon arrivée, la région hypogastrique était un peu douloureuse et présentait un développement assez considérable, dû à la présence d'une tumeur molle et fluctuante qui ne pouvait être que la vessie distendue par l'urine.

Par le toucher vaginal, on trouvait à l'entrée de la vulve et sous l'arcade du pubis un bourrelet muqueux formé par l'urèthre et la paroi antérieure du vagin; ce bourrelet était poussé en avant et en bas par une tumeur molle, arrondie et élastique qui remplissait en grande partie l'aire du vagin et qui était enclavée dans l'excavation pelvienne; c'était l'utérus gravide, et le doigt arrivait difficilement sur le col qui avait basculé dans la concavité du sacrum; il était entr'ouvert et renfermait

un caillot sanguin; je compris alors que j'avais affaire à une antéversion de l'utérus avec menace d'avortement.

Je vidai la vessie, puis je procédai à la réduction de la matrice; pour cela j'introduisis deux doigts de la main droite dans le vagin et je cherchai à refouler en haut le fond de l'utérus qui se trouvait en partie derrière le pubis et en partie sous l'arcade; mes efforts furent vains, je ne pus déloger l'organe et le col resta dans la concavité du sacrum où l'on atteignait avec peine sa lèvre antérieure.

La tentative avait été douloureuse, la face était animée et le pouls à 110; je résolus de remettre au lendemain un nouvel essai de réduction, et je fis la prescription suivante: compresses d'eau vinaigrée sur l'hypogastre et la partie interne des cuisses, potion calmante et position horizontale du corps.

L'hémorrhagie et les douleurs continuèrent pendant une partie de la nuit; le matin, à mon arrivée, les douleurs avaient en partie cessé, les caillots expulsés ne renfermaient aucune trace de l'œuf, mais celui-ci se trouvait tout entier au milieu d'un caillot resté dans le vagin et formant une masse de la grosseur d'un petit œuf de poule; quant à l'utérus il occupait la même position que la veille, mais cette fois il fut possible de le déloger et de le refouler dans sa position normale.

La femme resta dans la position horizontale pendant quelques jours, et alors, grâce à l'application d'un pessaire Gariel, elle put se lever chaque jour pendant plusieurs heures; au bout de quinze jours le pessaire fut enlevé et la femme put reprendre ses occupations ordinaires.

Ce cas présente un certain intérêt à cause de la rareté d'une pareille déviation à une époque si peu avancée de la grossesse; nous n'en connaissons en effet qu'un autre exemple rapporté dans la *Gazette médicale* de Strasbourg, janvier 1873; ici l'avortement eut lieu dans le courant du quatrième mois, les débris du fœtus furent expulsés à de longs intervalles, et la malade mit à se rétablir plusieurs mois, pendant lesquels elle courut de grands dangers; dans ce cas, l'antéversion paraissait due à

des adhérences anciennes, résultant d'accidents inflammatoires qui avaient suivi un accouchement laborieux.

Chez notre malade je ne pouvais invoquer la même cause, mais je devais admettre que le premier degré d'antéversion que j'avais constaté avant la grossesse avait été la cause prédisposante à l'enclavement que je venais de réduire, que ce degré très-prononcé de l'antéversion était dû au poids de l'utérus gravide, comme le premier degré avait été dû au poids de l'utérus engorgé d'unn façon chronique; mais pour produire un pareil enclavement, une autre cause était venue s'ajouter à la première, je veux parler de la distension de la vessie par l'urine, qui avait joué sur la face antérieure de l'utérus le rôle qu'un pessaire Gariel vient jouer sur la face postérieure dans le cas de réduction par ce procédé.

Nous avons dit que l'utérus, une fois débarrassé du produit de la conception, avait pu regagner le détroit supérieur; mais il ne pouvait s'y maintenir dans une situation normale, aussi cette dame éprouvait-elle souvent et surtout au moment des menstrues, une pesanteur dans le bassin avec tiraillements dans les lombes et dans les aines; depuis lors elle n'est plus devenue enceinte et elle présente un exemple de stérilité que les auteurs ont signalée dans les cas d'antéversion de l'utérus.

INERTIE UTÉRINE

SURVENANT AU MOMENT DE LA DÉLIVRANCE, ALORS QUE LE PLACENTA EST PARTIELLEMENT DÉCOLLÉ.

Par le Dr Laville (de Gaillac).

L'inertie utérine, survenant alors que le placenta est partiellement décollé, est un accident des plus graves qui puissent survenir pendant le travail. Alors, en effet, tous les vaisseaux primitivement déchirés et oblitérés par les contractions utérines, deviennent béants et laissent couler le sang à flots.

Heureusemént fort rare, cetaccident reconnaît généralement pour cause une distension extrême de la matrice, ou bien une longueur insolite du travail. Dans le premier cas, lors d'une hydropisie de l'amnios ou bien d'une grossesse gémellaire, les fibres utérines, distendues outre-mesure, ont perdu leur force de rétraction et elles s'arrêtent alors qu'une portion de leur contenu a été expulsée. Elles sont comparables à la fibre élastique du caoutchouc qui a subi une tension exagérée, elles ne peuvent revenir à leurs dimensions naturelles.

Dans le second cas, l'utérus est fatigué de lutter contre un un obstacle trop résistant, et il se repose alors qu'il a chassé une partie de son contenu.

Si l'inertie arrive après l'expulsion du produit de la conception, il peut arriver que les cotylédons placentaires aient conservé leurs rapports avec la surface utérine, qu'il n'y ait aucun décollement et qu'un faible écoulement de sang en soit la conséquence ; il n'y a qu'à temporiser alors et attendre que les contractions reparaissent, ou, tout au moins que deux ou trois heures se soient écoulées avant de délivrer artificiellement, à la condition expresse que l'état de l'utérus sera souvent et attentivement exploré, qu'on aura la certitude qu'une hémorrhagie interne ne s'effectue pas.

Au contraire, si le placenta a été détaché en totalité ou en partie, si l'écoulement de sang, qui s'effectue par les parties génitales, est de nature à inspirer des craintes, il faut agir et dans le plus bref délai, car l'hémorrhagie est très-souvent mixte et on ne voit qu'une partie du sang épanché, l'autre s'accumule dans la cavité utérine.

Quelle est alors la conduite à suivre?

M. Joulin, dans son traité d'accouchements, p. 924, s'exprime ainsi : « L'ergot de seigle est le moyen qu'on doit d'abord mettre en œuvre en pareil cas. Je le donne à la dose de 4 à 5 gr. en deux fois, dans l'espace de 10 minutes, *que le placenta soit expulsé ou non.*

« Dans la perte grave, les manipulations seront combinées avec l'introduction de la main dans la cavité utérine ; on excite ses parois et on la vide des caillots qui la distendent. Aussitôt

que les contractions se manifestent on extrait le placenta. Il faut se garder de le faire aussi longtemps que l'inertie persiste; on s'exposerait à multiplier les sources de l'hémorrhagie. »

Comme il ressort de ces quelques lignes, M. Joulin ne craint pas de voir l'utérus se refermer sur son contenu par les contractions ou mieux la constriction que l'ergot détermine.

Sous l'influence de cet agent puissant et redoutable, le col de l'utérus, participant à la rétraction du corps de l'organe, se ferme à la manière d'une blague à tabac dont on serre les courroies et il emprisonne tout ce qui est contenu ; craignons alors la putréfaction du placenta et l'empoisonnement de la parturiente. Malheureusement ceci n'est pas une vue de l'esprit et le fait a déjà été observé. Si on n'en trouve pas un grand nombre d'exemples dans les auteurs, c'est qu'il n'est pas d'usage de faire connaître les revers de sa pratique. Nous citerons l'art. 5767 du Journal de médecine et de chirurgie pratiques, année 1860.

CLINIQUE DE M. DUBOIS. — M. PAJOT, SUPPLÉANT.

Danger de l'administration de l'ergot de seigle dans le cas de rétention du délivre.

Nous avons été témoin à la clinique d'un fait malheureux, mais plein d'enseignements, sur lequel M. Pajot ne pouvait manquer d'attirer l'attention de son auditoire. Il s'agissait d'une femme délicate, maladive, accouchée en ville, à sept mois, et *qui n'avait pas pu être délivrée*. Des tractions avaient été faites sur le cordon, mais le cordon était grêle et s'était rompu. On pensa dès lors qu'il était indiqué de prescrire l'ergot de seigle ; on en fit prendre 2 grammes. Sous l'influence de ce médicament, l'utérus se contracta assez énergiquement; mais le placenta ne fut point expulsé, et cet état de choses persistant, la malade fut amenée à la Clinique.

Le toucher pratiqué par M. Pajot a permis de constater que le col de l'utérus s'était refermé ; sa cavité admettait à peine le

doigt, et en portant celui-ci plus profondément, on sentait au-dessus de l'orifice interne ou supérieur une portion du délivre. Dans ces conditions, il n'y avait pas d'inconvénient à attendre, puisque le placenta était frais ; M. Pajot s'est donc abstenu de toute intervention active. Mais à partir du troisième jour, il a fallu renoncer à l'espoir de voir l'utérus se débarrasser de l'arrière-faix. Le col restait toujours dur, et l'issue d'un liquide lochial odorant a fait considérer le cas comme des plus graves.

On ne saurait méconnaître, a dit M. Pajot, les dangers qui menacent la femme non délivrée. La somme de ces dangers se traduit par des chiffres qu'il faut toujours avoir présents à l'esprit. Deux statistiques citées par ce professeur établissent que sur 180 femmes, chez lesquelles on ne put, par une raison ou par une autre, effectuer la délivrance dans les premières heures qui suivirent l'accouchement, le nombre des décès a été de 8. Sans doute, le praticien, qui dans un cas d'avortement, a vainement compté sur l'expulsion naturelle du placenta, et fait la grave faute de donner l'ergot de seigle, est encore excusable, parce que l'introduction de la main dans la cavité utérine n'étant pas praticable, mieux vaut alors une ressource infidèle que rien. Mais quand la grossesse est arrivé à sept ou huit mois, il ne faut jamais donner l'ergot de seigle : si vous le donnez, vous allez contre le but. La seule chose à faire, c'est d'introduire la main sans hésitation dans l'utérus ; mais comme il est plus facile pour de jeunes praticiens et surtout pour les sages-femmes de prescrire 2 grammes d'ergot de seigle que d'aller à la recherche du délivre, on administre le médicament et l'on se crée des difficultés invincibles. Si le cordon craque et se rompt, il est inutile de le tirer au dehors et de rendre les assistants témoins de ce petit malheur ; vous le laissez dans le vagin, puis vous introduisez la main profondément, vous faites l'extraction du délivre, et vous ramenez le tout ensemble. Mais, en pareil cas, répète M. Pajot, pas d'ergot de seigle, alors même qu'il y aurait complication de perte. Allez chercher le délivre ; cette manœuvre a deux avantages : celui d'extraire le placenta et les caillots et celui d'agir comme excitant des contractions utérines. Si vous avez débarrassé l'utérus et que l'hémorrhagie

persiste, donnez alors l'ergot de seigle, il n'a plus d'inconvénients, et c'est une merveilleuse ressource. »

L'ergot de seigle est l'agent hémostatique par excellence de l'utérus gravide et je ne saurais lui reconnaître d'indications en dehors de l'hémorrhagie pendant le travail.

Je n'ignore pas, cependant, que tous les auteurs ne partagent pas mon opinion à ce sujet; M. Bailly, entr'autres, dans l'article *Ergot de Seigle* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, (M. Jaccoud, directeur) trouve son indication dans le cas d'inertie utérine, (présentation céphalique) alors que le col est complétement dilaté, et qu'on a un bassin qui n'est pas rétréci au-dessous de 9 centimètres. Mais qu'avons-nous besoin de compter sur l'action de cet agent, lorsque nous avons un moyen beaucoup plus sûr, beaucoup plus inoffensif, le forceps, à l'application duquel on ne saurait trouver de contre-indication dans les limites assignées par M. Bailly à l'administration de l'ergot de seigle. J'admettrais, à la rigueur, que dès le moment où les cuillères seraient appliquées, on puisse songer à administrer une faible dose d'ergot, dans le seul but de favoriser les contractions utérines lors de la délivrance, et encore, craindrais-je de voir le col se refermer trop tôt.

D'autre part, M. Depaul, dans ses leçons cliniques, préconise l'administration de l'ergot de seigle dans la présentation du siége, alors que celui-ci est sur le plancher périnéal; mais alors, le pli de l'aine est accessible au crochet mousse, et, dans l'intérêt même de la rapidité du travail, je préférerais me servir du crochet que de l'ergot de seigle, tout en ayant quelque chance de casser la cuisse au fœtus, accident plus désagréable au point de vue du monde, que des conséquences qui peuvent en résulter.

Me basant sur le mode d'action de l'ergot de seigle, j'émettrai les propositions suivantes sur son mode d'administration dans le cas de perte grave survenant au moment de la délivrance, alors que l'utérus est inerte et que le placenta n'est pas décollé :

1° Introduire la main dans l'utérus et faire administrer immédiatement 2 grammes d'ergot de seigle à la parturiente.

2° Immédiatement après, décoller et extraire le placenta avec le plus de ménagements et avec la plus grande rapidité possibles.

3° Comprimer l'aorte, si l'hémorrhagie persiste, en attendant l'action de l'ergot.

4° Après une demi-heure de compression, l'utérus sera sous l'influence de l'ergot de seigle, on abandonnera l'artère pour débarrasser le vagin des caillots qui y sont accumulés.

Nous examinerons ces différentes propositions afin d'en justifier l'application :

1° *Introduire la main dans l'utérus et faire administrer immédiatement 2 grammes d'ergot à la parturiente.* — L'excitation occasionnée par le contact de la main sur les parois utérines suffira souvent pour réveiller les contractions de l'organe, et on n'aura, pour ainsi dire, qu'à cueillir le placenta. Le puissant agent viendra, dans un instant, pour assurer et maintenir une rétraction trop facile à lâcher prise en pareilles circonstances.

Si je propose de faire administrer l'ergot de seigle aussitôt que la main se trouve dans la cavité utérine, ce n'est pas que je compte sur son action pour décoller et expulser le placenta, ce serait là une faute grave, mais bien pour que son action suive, le plus près possible, le moment de l'extraction du délivre. En effet, l'ergot de seigle n'agissant pas immédiatement après son ingestion, l'accoucheur a, au moins, 10 minutes devant lui, et ce laps de temps ne lui est pas nécessaire pour décoller et extraire le délivre. En outre, sa main est dans l'utérus, il est maître de la situation et elle ne sortira qu'avec le placenta.

2° *Si la rétraction ne se fait pas, décoller et extraire le placenta avec le plus de ménagements et avec la plus grande célérité possibles.* — Je suis loin de contester la gravité d'une pareille manœuvre, mais elle n'en a pas plus que l'expectation en présence d'une hémorrhagie qui peut devenir mortelle avant que

l'action de l'ergot se soit fait sentir. Si le seul contact de la main sur les parois utérines peut avoir pour résultat de ranimer l'action de la fibre musculaire, on doit compter bien plus encore sur l'excitation occasionnée par la manœuvre du décollement placentaire. En outre, il faut bien se rappeler que 2 gr. d'ergot de seigle ont été administrés en même temps que la main était introduite dans l'utérus; et, pour mon compte, je crains beaucoup plus les conséquences fâcheuses de son action se manifestant alors que l'utérus n'est pas vidé, que l'hémorrhagie qui peut naître du décollement artificiel du placenta : nous avons, en effet, d'autres moyens pour lutter contre l'hémorrhagie, tandis que nous pourrions nous trouver impuissant à dilater un col prématurément fermé.

3° *Compression de l'aorte, si l'hémorrhagie persiste, en attendant l'action de l'ergot de seigle.* — L'action de l'ergot de seigle ne se manifestera que 10, 15 minutes, une demi-heure parfois après son administration, il reste un moyen qui permet de gagner du temps : la compression de l'aorte. Il ne faudrait pas croire que, sous son influence, l'hémorrhagie tarisse entièrement, comme on l'a prétendu; son intensité est considérablement diminuée et le sang qui, tout à l'heure, sortait par jets, ne sort plus qu'en nappe et il n'a plus aucun caractère alarmant.

4° *Après une demi heure de compression, l'ergot aura rétracté l'utérus, on abandonnera l'artère pour débarrasser le vagin des caillots qui y sont accumulés.*— Cette pratique étant commune à tous les cas où les caillots sont accumulés dans le vagin, nous n'insisterons pas.

Observation. — *Grossesse gémellaire. — Inertie utérine au moment de la délivrance. — Hémorrhagie grave. — Decollement artificiel du placenta. Ergot de seigle et compression de l'aorte. — Arrêt de l'hémorrhagie.*

Le 19 avril 1877, à midi, je fus appelé auprès de la femme N..., primipare, bien constituée, âgée de 23 ans, habitant à 4 kilomètres de mon domicile, dans le but de l'assister dans l'accouchement dont

les premières douleurs s'étaient manifestées vers neuf heures du matin. Arrivé auprès de la patiente, je constatai un œdème considérable des membres inférieurs dont le début remontait à trois mois de là. Le ventre globuleux, énorme retombait en bisac sur les pubis; il était bilobé; l'auscultation permit de reconnaître deux battements de cœur : les uns à gauche, ayant leur maximum d'intensité vers le tiers inférieur du ventre; les autres, à droite, ayant le maximum d'intensité vers le tiers supérieur. Une grossesse gémellaire fut dès lors diagnostiquée et les parents prévenus. Le col a une dilatation de 5 centimètres, une tête se présente en O I G P. Les douleurs sont peu vives, portant presque entièrement dans la région lombaire; malgré cela, le travail avance, et, à trois heures de l'après-midi, la dilatation était complète et les membranes rompues. A 4 heures 15 minutes seulement, la tête arrivait à la vulve, toujours en position postérieure, et ce ne fut que 45 minutes plus tard qu'elle put la franchir, et la naissance eut lieu dans les conditions normales. Deux ligatures furent passées sur le cordon et la section faite dans l'intervalle.

Le toucher ayant été pratiqué aussitôt, permit de reconnaître une seconde poche, tendue, prête à crever au-dessus du col largement ouvert. Elle ne tarda pas, en effet, à se rompre, et l'enfant, qui occupait la partie droite de l'utérus, se présentait par les pieds. La majeure partie des eaux fut évacuée; l'engagement eut lieu aussitôt, et le dégagment ne tarda pas à s'effectuer. Les deux enfants, qui avaient très-bonne apparence, furent confiés aux personnes qui assistaient.

Au même instant, un écoulement considérable s'effectuait par les parties génitales; l'utérus avait cessé de se rétracter : il était encore à 0,010 centimètres au-dessus de l'ombilic. Je tentai la délivrance en tirant tantôt sur un cordon, tantôt sur l'autre; mais j'abandonnai bientôt ce système, car rien ne venait, et l'hémorrhagie continuait de plus belle. Ma main pénétra dans la cavité utérine, et 2 grammes d'ergot de seigle furent administrés à la parturiente.

Le placenta était décollé à gauche, partie qu'occupait le premier fœtus expulsé; j'opérai le décollement de la partie droite avec les plus grandes précautions, et je sentais l'utérus se rétracter, légèrement, il est vrai, sur ma main.

Le délivre extrait, je pus constater qu'il n'était le siége d'aucune altération; il avait l'aspect, la souplesse et le toucher d'un placenta normal. Un cotilédon manquait vers sa partie moyenne.

L'écoulement sanguin continuant avec assez d'énergie, l'utérus ayant gardé les dimensions qu'il avait avant la délivrance, j'eus recours au seul moyen énergique qui me restât pour gagner du temps : la compression de l'aorte. Dès lors, l'hémorrhagie se fit en nappe et non plus en jet; la compression fut continuée pendant un dem-

heure, et, ce laps de temps écoulé, l'utérus avait subi un commencement de rétraction, et l'écoulement sanguin était de peu d'importance; néanmoins, la femme se plaignit de frissons, de sueurs froides, de malaises.

J'abandonnai mon artère, et rentrant dans la cavité, le vagin fut débarrassé des caillots dont il était rempli. Le col, encore largement ouvert, se rétracta aussitôt que mon doigt l'eût touché, et je laissai l'expulsion des caillots utérins au soin de la nature. L'hémorrhagie était complètement arrêtée, et l'utérus dépassait l'ombilic d'un travers de doigt seulement.

Je passai encore cinq heures auprès de la parturiente et je me retirai.

Le 20, elle avait passé une bonne nuit, un peu dormi; mais elle n'avait pas uriné. Je retirai un verre seulement d'urine foncée. Des injections avec des plantes aromatiques débarrassèrent le vagin de quelques caillots noirs; le col était fermé, le pouls à 85. Bouillon pour la journée.

Le soir, elle urine de son propre mouvement.

Le 21. Elle a passé une bonne nuit, elle urine le matin en quantité suffisante; elle demande à manger. L'utérus, encore gros, remonte à l'ombilic, et dans le but d'activer sa déplétion, je prescris 1 gramme d'ergot en cinq paquets, à prendre de deux heures en deux heures. Pouls 76. Bouillon.

Le 22, au soir, elle a eu froid aux pieds, elle a éprouvé du frisson dans les reins, de la chaleur après; ce qui ne l'a pas empêchée de trouver bon goût au bouillon et au vin.

Le 23, à ma visite, elle prétend être bien, trouver bon goût au bouillon; avoir passé une bonne nuit; néanmoins, elle est un peu chaude, et le pouls a 88. Le ventre est flasque, l'utérus nullement douloureux à la pression. Elle n'a pas évacué :

Sulfate de quinine, 60 centigr. en trois paquets, à prendre de quatre en quatre heures; je donne dans la soirée un lavement avec huile de lin, 50 grammes, jaune d'œuf et 300 grammes de véhicule.

Le 25. Elle a été abondamment à la garde-robe. L'utérus se rétracte, il n'est le siége d'aucune douleur. Le pouls est retombé à 78; elle n'a éprouvé ni malaise, ni frissons; elle a faim et nous permettons une petite tranche de bœuf grillée.

Le 26. Elle a passé une bonne nuit, pas de frissons la veille; elle a mangé son bœuf d'un bien bon appétit. Le fond de l'utérus ne remontant qu'à quatre travers de doigt au-dessus des pubis, n'est le siége d'aucune douleur à la pression; les lochies sont normales, sans odeur; le pouls à 78.

Je pris congé de mon accouchée, après lui avoir expressément re-

commandé de ne se lever que lorsqu'elle ne sentirait plus la tumeur que je lui fis palper au-dessus des pubis.

Le 30. On vint me prendre.

La veille, sous prétexte de refaire son lit, on l'avait mise sur un fauteuil où elle resta deux heures environ, causant avec les personnes qui l'entouraient; il n'y avait pour elle aucun danger, elle se trouvait bien. Elle mangea, le soir, mais avec moins d'appétit que les jours précédents; elle eut mal à la tête; elle reposa néanmoins dans la nuit du 29 au 30 avril, et à cinq heures du matin elle éprouva un violent frisson qui eut une durée de deux heures. Jarrivai à dix; elle était en pleine chaleur.

L'aspect extérieur du ventre est le même que le jour où je pris congé d'elle; il n'est ni ballonné, ni rétracté.

Le fond de l'utérus est encore à quatre travers de doigt au-dessus des pubis; la pression sur son corps ne détermine aucune douleur.

La fosse iliaque est souple et nullement douloureuse à la pression. La gauche est le siége d'un empâtement, dont la limite supérieure, bien établie, est une ligne horizontale passant par le fond de l'utérus et se dirigeant vers la crête iliaque. La pression ne détermine qu'une faible douleur.

Les lochies sont peu abondantes, sanieuses, mais sans odeur spéciale.

Les seins sont mous; la pression fait sortir une goutte de liquide séro-laiteux.

Au toucher, le vagin est brûlant, les culs-de-sac ne sont le siége d'aucune douleur, d'aucun empâtement; le col est gros, son orifice laisse pénétrer l'extrémité du doigt. Celui-ci retiré, ne dégage pas d'odeur particulière.

L'urine est aussi claire, aussi limpide, et excrétée avec autant d'abondance que dans l'état normal.

La malade est dans le décubitus dorsal, abattue, prostrée. La chaleur et la soif sont vives, le pouls est plein à 120.

Traitement: Douze sangsues sur la fosse iliaque gauche, 80 centigr. de quinine en quatre paquets, à prendre de quatre en quatre heures. Bouillons, limonade citrique.

Le 1er Mai. Hier, la sensation de chaleur se prolongea jusqu'à 4 h. du soir; la sueur fut peu abondante; la malade n'a éprouvé aucun malaise, pendant ni après l'application des sangsues. La prostration est aussi grande que la veille. L'accès a débuté par une forte chaleur, à 11 h. du matin; N... n'a éprouvé aucun frisson. Elle ne se plaint pas de la fosse iliaque gauche qui est, néanmoins, plus sensible à la pression que la veille; l'empâtement constaté hier est plus prononcé, il a pris les caractères d'une tumeur.

L'aspect extérieur du ventre est le même.

Les lochies et la sécrésion lactée n'ont pas changé de caractères.

Le pouls est à 104, mais plus dépressible que le jour précédent.

Traitement : Sulfate de quinine 80 centigr. en quatre paquets; onguent mercuriel belladoné sur le ventre. Cataplasmes.

Le 2. La sensation de chaleur d'hier se prolongea jusqu'à 2 heures de l'après midi. Aucun frisson, pas de chaleur aujourd'hui (il est quatre heures du soir). Le pouls est tombé à 84; mais N... ne trouve pas le bouillon bon ; la prostration est grande et la pression sur la fosse iliaque gauche est d'une sensibilité extrême, la malade en souffre peu spontanément. Elle a évacué ; les selles demi-liquides répandaient de l'odeur.

Traitement : Vésicatoire sur la région douloureuse.

Le 3. A 6 heures du matin, douleur excessivement violente dans la fosse iliaque gauche; cette douleur a duré pendant trois heures avec son acuité, et elle s'est calmée peu à peu pour ne se réveiller qu'à la pression, au moment de ma visite (onze heures). Le ventre est légèrement météorisé, N... supporte les cataplasmes tout autant qu'ils s'appliquent à droite ou sur la ligne médiane seulement.

La face me paraît grippée, elle a une teinte subictérique. Elle est dans une grandè prostration, couchée sur les dos, immobile. Elle répond lentement, maís nettement aux questions qui lui sont adressées. La respiration est abdominale, les ailes du nez battent à chaque mouvement respiratoire, elle a eu des nausées, mais elle n'a pas vomi. La soif est très-vive, la langue saburrale vers son milieu, rouge à la pointe, humide.

Traitement :	Calomel à la vapeur. .	0, gr. 24
	Sucre blanc.	1, 00

En vingt-quatre paquets à prendre d'heure en heure. Onguent mercuriel sur le ventre, cataplasmes.

Le 4. Hier soir, après mon départ, la malade eut plusieurs selles liquides,répandant une odeur fétide. Elle se plaignit alors de coliques et les besoins de défécation furent fréquentes durant une demi-heure. Elle n'a pas évacué depuis. Elle a un peu reposé, le météorisme s'est accru, le ventre dépasse le niveau du thorax de trois travers de doigt, environ. La douleur, qui occupait hier la fosse iliaque gauche exclusivement, s'est étendue, mais avec moins d'intensité, à la totalité de l'abdomen.

Elle n'a pas eu de nausées.

Même aspect que les jours précédents. Pouls 120.

Traitement : Continuer le calomel. Dans l'intervalle et toutes les deux heures, prendre une cuillerée à potage de la portion suivante :

Extrait de quinine.	6 gr.
Teinture de cannelle. . .	6
Eau-de-vie de cognac. . .	20
Sp. d'écorces d'or. amères.	50
Eau de mélisse.	80

Le 5. Jugeant la situation très-grave, je provoque une consultation et le Dr Cestan vient voir la malade avec moi.

Elle a dormi, le ventre est un peu revenu sur lui-même, il ne dépasse pas le niveau du thorax ; il est souple et on sent encore le fond de l'utérus à quatre travers de doigt au dessus des pubis. Le ventre est sensible sur toute son étendue, mais principalement à gauche. Dans la journée d'hier, N... eut plusieurs selles liquides, fétides. Elle est toujours dans le décubitus dorsal, immobile, elle craint de produire le moindre mouvement. Elle n'a éprouvé ni frisson, ni chaleur, ni nausées. Le dicrotisme du pouls est moins marqué, il bat 112. La langue est saburrale et humide.

Traitement : Potion tonique et excitante de la veille, dans chaque cueillerée de laquelle on versera six gouttes de la mixture suivante :

Teinture de digitale.	ãã 1 gr.
Laudanum de Sydenham. . .	
Teinture de colchique.	5 gr.

Le 6. De minuit à 4 heures du matin, elle a souffert atrocement de deux douleurs qui alternaient comme intensité, en même temps qu'elle éprouvait des frissons erratiques dans le dos ; l'une de ces douleurs avait l'hypochondre gauche pour siége, l'autre, l'épaule du même côté ; elle ne se plaignait, alors, nullement de son ventre ; elle compare l'acuité de ces douleurs qui lui ont arraché bien des cris, à celle que déterminerait un couteau plongée dans ces parties. Ces douleurs se modéraient sous l'influence de la pression. Le météorisme s'est accru, le ventre est plus développé qu'avant-hier ; le relief des anses intestinales se dessine à travers la paroi abdominale. N... a eu des nausées ; la face est grippée ; le pouls est remonté à 120, il est petit, dicrote, très-dépressible.

Traitement : Sulfate de quinine 80 centigr. en quatre paquets à prendre de trois en trois heures. Continuer la potion tonique, l'onguent mercuriel et le calomel.

Le 7. N... a été très calme durant toute la nuit, elle a reposé, salivation ; depuis ma dernière visite, elle n'a éprouvé aucun frisson et les douleurs, qui lui avaient arraché tant de cris pendant l'avant dernière nuit, se sont entièrement calmées. Le ventre, encore météorisé, l'est moins qu'hier, le relief des anses intestinales est moins saillant. La sensibilité du ventre a diminué, de telle sorte que j'ai pu déprimer assez sa paroi pour sentir le fond de l'utérus à trois

travers de doigt au-dessus du pubis, tandis que le 5 mai il était encore au même niveau que le 25 avril, sixième jour de l'accouchement.

Par le toucher, j'ai trouvé le vagin brûlant, mais le col moins gros moins étalé que le 30 avril, à peu près insensible. Son orifice est refermé. Point de douleurs ni de tumeur dans les culs-de-sac latéraux du vagin. Le doigt, retiré, dégage une faible odeur. Presque pas de lochies, les seins sont toujours mous et une petite goutte séreuse sort des mamelons, par la pression.

N... est toujours prostrée, immobile dans le décubitus dorsal.

Elle a eu quelque nausées, coïncidant toujours avec une prise de bouillon auquel elle trouve mauvais goût.

Elle n'a pas évacué depuis avant-hier. Elle urine avec facilité et le produit de l'excrétion n'a rien d'anormal quant à la quantité ou à la qualité.

Le pouls est retombé à 88.

Traitement : Sulfate de quinine 60 centigr. en trois paquets, de quatre en quatre heures. Potion tonique.

Le 8. De onze heures à minuit, la malade a souffert de deux douleurs, ayant pour siége : l'une, l'épaule droite ; l'autre, au point correspondant à la courbure des onzième et douzième côtes du côté droit ; elle ne se calmaient pas à la pression, mais elles ont été d'une intensité moindre que celles qui survinrent à gauche pendant la nuit du 5 au 6. Une seule de ces douleurs persiste au moment de mon examen, celle qui siége au niveau du foie, elle est ressentie à chaque mouvement respiratoire. Le météorisme est à peu près le même qu'hier ; la douleur du ventre n'est exagérée sur aucun point ; la respiration est plus saccadée.

Après un lavement simple qui lui a été donné pendant la nuit, N... a évacué quelques matières, demi-molles, ne répandant pas une forte odeur.

Les piqûres de sangsues ne sont nullement enflammées. Point de bourdonnements d'oreilles, de mal à la tête, de frisson ; N... est toujours immobile dans le décubitus dorsal.

Pouls 100. Langue humide.

Traitement : Sulfate de quinine 60 centigr. Potion tonique.

Le 9. A l'examen des parties qui ont été successivement affectées de douleurs pendant les nuits du 5 au 6 et du 7 au 8, on ne trouva aucun changement à l'aspect extérieur ; le palper ne donne aucune sensation spéciale. Trois d'entre elles sont complètement indolores, une seule persiste pendant l'inspiration, celle qui siége au niveau du foie ; elle donne à la respiration une forme saccadée.

Le ventre est à peu près le même, très peu douloureux à la pression

Le mamelon gauche est baigné par une sérosité laiteuse qui s'écoule spontanément; en comprimant le mamelon droit, on fait sortir une goutte de lait.

Langue humide, pouls 112.

Le 10. N... a reposé pendant la nuit. Le ventre est souple, indolore à la pression et diminué de volume; il est sur le même plan que la partie antérieure du thorax; le relief des anses intestinales a disparu. La pression détermine encore de la douleur dans l'espace des onzième et douzième côtes droites; la respiration est bien moins saccadée, les ailes du nez ne battent plus.

Jusqu'à ce jour, tout mouvement étant accompagné de douleurs, je n'avais pu songer à faire asseoir la malade sur son lit, de façon à pouvoir ausculter sa poitrine. Je l'ai fait aujourd'hui, et voici le résultat de mon examen : Percussion. — A droite, sonorité parfaite dans toute l'étendue du poumon; à gauche, matité absolue aux trois quarts inférieurs du poumon. Auscultation. — A droite, murmure vésiculaire normal, à gauche et au tiers inférieur, murmumre vésiculaire à peine perceptible, égophonie, vibrations thoraciques nulles, bruit de souffle vers la partie moyenne et respiration normale au sommet.

N... ne tousse pas, quoique le besoin s'en fasse sentir quelquefois, dans la crainte de réveiller la douleur, encore sensible à la pression du côté droit.

Les lochies ont coulé avec un peu plus d'abondance que les jours précédents, elles ne dégagent pas d'odeur particulière.

Evacuation; matières demi-molles; pouls 112.

Traitement : Potion tonique, vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine et en arrière. Bouillon-tapioca.

Le 11.-12. L'état général parait meilleur, la physionomie est plus expressive. La respiration est calme, aucune douleur ne la tourmente.

La fosse iliaque gauche, indolore à la pression, n'est le siége d'aucune tumeur, d'aucun empâtement.

La poitrine seule doit attirer notre attention, c'est elle qui retarde le franc établissement de la convalescence.

A droite, signes négatifs à l'auscultation et à la percussion.

A gauche, la matité est sensiblement la même et aussi étendue qu'avant-hier. A la base, le murmure vésiculaire me parait plus perceptible et le bruit de souffle, constaté vers la partie moyenne du poumon, moins bruyant , l'égophonie persiste.

La malade demande à manger, j'autorise un œuf à la coque, sans pain.

Le pouls est à 108.

Potion tonique.

Des circonstances, indépendantes de ma volonté, ne m'ont pas

permis de suivre toutes les phases de la complication thoracique à laquelle je ne saurais attribuer aucune importance relative à la proposition principale du travail; — La femme Rosalie N.... est aujourd'hui (30 juillet 1877) parfaitement guérie elle a repris ses occupations habituelles depuis le 15 juin dernier.

REVUE GÉNÉRALE

L'OVARIOTOMIE NORMALE OU OPÉRATION DE BATTEY (1).

Nous avons déjà appelé l'attention des chirurgiens français, sur une nouvelle opération proposée en 1872 par Battey (2), sous le nom d'*ovariotomie normale*. M. Marion Sims a publié depuis un Mémoire très-intéressant et très-complet sur cette opération qu'il propose de désigner, pour honorer l'inventeur, sous le nom d'*opération de Battey*.

Cette opération consiste à pratiquer l'ablation des ovaires sains ou insuffisamment lésés pour compromettre la vie, dans le but de remédier à des états morbides graves engendrés ou entretenus par ces organes. Le nom d'ovariotomie normale, proposé par Battey, est rejeté par Sims parce qu'il est extrêmement rare que l'opération porte sur un ovaire absolument sain.

Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'un procédé opératoire nouveau, mais d'une application nouvelle de l'ovariotomie. Voici dans qu'elles circonstances M. Battey a été amené à

(1) *Atlanta medical and surgical journal*, septembre 1872. *American journal of obstetrics*, 1876, p. 703. *Canada Lancet*, juillet 1876. *American Practioner*, octobre 1876. *Transactions of the American Gynecological society*, vol. I, 1877. Hégas, *Zur extirpation normales Eierstocks*, etc. *Centralblatt für Gynæcologie*. 1877. Sims, *Battey's operation. British medical journal*, décembre 1877.

(2) *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 5 janvier 1877.

pratiquer cette opération que plusieurs chirugiens ont déjà, peut-être à tort, qualifiée de téméraire.

Une jeune fille de 12 ans, d'un développement physique ordinaire, éprouvait tous les mois, depuis cinq ans, les phénomènes du molimen menstruel sans avoir jamais perdu une goutte de sang. L'examen attentif des organes génitaux démontra l'absence de l'utérus le vagin se terminait en cul de-sac, et il fut impossible de découvrir, par le palper abdominal et le toucher rectal, aucune tumeur dont la forme et le volume rappelassent l'utérus. Cette jeune fille était sujette chaque mois à des souffrances considérables; la fluxion mensuelle des organes pelviens donnait lieu à des troubles nerveux d'une gravité extrême ; la malade devint œdématiée ; elle présenta des symptômes d'endocardite avec hypertrophie du cœur, et finalement mourut sans avoir pu être soulagée par aucun traitement. M. Battey fut très-impressionné par cette terminaison fatale, qu'il attribua aux désordres produits par le molimen menstruel et qui aurait pu, selon lui, être évitée par l'ablation des ovaires. C'est alors qu'il conçut l'idée de l'opération et il la pratiqua dans une autre circonstance que nous allons brièvement rapporter.

Une jeune fille de 23 ans, faible, aménique, tout en éprouvant les phénomènes du molimen menstruel, depuis l'âge de 16 ans, n'avait eu que deux fois un véritable écoulement sanguin depuis sept ans, malgré l'emploi des emménagogues, des toniques et des ferrugineux. L'examen révéla l'existence d'une endométrite accompagnée d'un état congestif des ovaires. Sous l'influence d'nn traitement topique appliqué sur l'utérus, il y eut des hématémèses, puis des hémorrhagies du rectum, et enfin on constata l'existence d'une hématocèle rétro-utérine. L'état s'aggrava ; la malade quoique atteinte d'aménorrhée éprouvait à chaque époque menstruelle des accidents nerveux et congestifs, et finalement elle eut plusieurs phlegmons pelviens qui mirent sa vie en danger. C'est alors que Battey, attribuant tous ces désordres à l'action des ovaires, résolut d'exciser ces organes, après avoir obtenu le consentement de la malade et l'avis de plusieurs chirurgiens.

L'opération fut pratiquée, le 17 août 1872, par une seule incision de 8 centimètres d'étendue, faite sur la ligne blanche au-dessus du pubis. A part un léger état congestif, l'utérus et les ovaires étaient sains, et l'on ne trouva que des traces de deux abcès qui s'étaient frayé une issue par le vagin et le rectum.

Le chirugien essaya de séparer, par énucléation, les ovaires de leur enveloppe, mais il ne put y parvenir et il dut exciser ces organes après l'application d'une ligature en masse. On trouva sur chaque ovaire, les traces d'une rupture toute récente des vésicules deGraaf. La plaie fut ensuite fermée par des sutures, et la malade, portée dans son lit, sortit aussitôt et sans accident du sommeil anesthésique. Sauf la douleur locale, qui fut combattue par des onctions à l'essence de térébenthine et des doses répétées de morphine et d'opium, l'opération ne fut accompagnée et suivie d'aucun accident sérieux. La plaie fut cicatrisée le trente-et-unième jour.

Dans son mémoire publié quatre ans après cette opération dans l'*Américan Practitioner* (octobre 1876), M. Battey nous dit que ces troubles menstruels graves qui avaient motivé l'intervention chirurgicale ont disparu et que la santé de la malade est tout à fait satisfaisante.

Depuis les premiers essais de l'habile innovateur, l'ovariotomie normale a été pratiquée par plusieurs chirurgiens en Amérique et en Allemagne. Marion Sims, Gaillard Thomas, Peaslee, Gilmore, Trenholme et Hégar, de Fribourg, en ont publié des observations. Le récent mémoire de M. Sims contient sept observations très-complètes et recueillies avec une rigueur scientifique au-dessus de toute contestation. Si nous sommes bien informés le nombre total des ovariotomies ainsi pratiquées s'élève à 31.

Le tableau suivant contient un résumé de ces trente et une opérations.

NUMÉROS D'ORDRE.	NOM DE L'OPÉRATEUR.	NOMBRE DES OVAIRES ENLEVÉS.	MORT.	RÉSULTAT OBTENU.
1	Battey.	2	»	Guérison.
2	Id.	1	»	Nul.
3	Id.	2	»	Guérison.
4	»	1	»	Nul.
5	»	1	»	Nul.
6	»	2	1	
7	»	2	»	Guérison.
8	»	2	»	Nul.
9	»	1	»	Nul.
10	»	2	1	
11	»	2	»	Guérison.
12	»	1	»	Nul.
13	Sims.	1	»	Guérison.
14	»	1	»	Nul.
15	»	1	»	Nul.
16	»	1	»	Nul.
17	»	2	1	
18	»	1	»	Nul.
19	»	0	»	Nul. — Les ovaires n'ont pu être enlevés.
20	Gaillard-Thomas.	2	1	
21	Id.	2	»	Guérison.
22	Peaslee.	2	1	
23	Trenholme.	2	»	Guérison.
24	Id.	2	»	Guérison.
25	Sabine.	0	»	Guérison.
26	Gilmore.	0	»	Résultat inconnu.
27	Hégar.	2	1	
28	»	2	»	Guérison.
29	»	2	»	Guérison.
30	»	2	»	Guérison.
31	»	2	»	Le résultat n'est pas encore connu.

En somme, l'opération de Battey a été pratiquée trente et une fois. Dans six cas seulement les femmes ont succombé. On est d'abord étonné à première vue d'une mortalité aussi minine lorsqu'il s'agit d'une opération aussi grave que l'ovariotomie et pratiquée dans des circonstances nouvelles qui semblaient devoir en augmenter le danger. Mais nous ferons re-

marquer que Sims, Gaillard Thomas, Peaslee et la plupart des opérateurs dont les noms figurent dans ce tableau ont acquis dans la pratique de l'ovariotomie une grande habileté et nous ont depuis longtemps déjà habitué à cette basse mortalité.

Avant de porter aucun jugement sur cette innovation chirurgicale, qu'on a pu qualifier de téméraire, il convient de passer en revue les circonstances au milieu desquelles elle s'est accomplie, et d'examiner si les opérateurs se sont toujours appuyés sur des indications précises et indiscutables. C'est ce que nous allons faire brièvement. Nous grouperons les faits dans un ordre pathologique sans tenir compte de l'ordre suivi dans le tablèau précédent.

En premier lieu nous trouvons deux observations dans lesquelles Hégar a enlevé des ovaires parfaitement sains dans le but de provoquer une sorte de ménopause artificielle, et de faire cesser les hémorrhagies mensuelles qui accompagnaient des fibromes, et dont l'abondance menaçait l'existence. Toutes les autres méthodes de traitement avaient échoué et l'ablation de la tumeur fibreuse avait paru offrir plus de dangers que l'ovariotomie. Les résultats obtenus furent excellents dans les deux cas, et pendant les neuf mois qui suivirent l'opération il n'y eut ni métrorrhagie ni aucun autre symptôme alarmant. Hégar affirme même que le corps fibreux avait diminué de volume, ce qui du reste est parfaitement compatible avec ce que nous savons sur la pathologie de ces tumeurs. Trenholme, de Montréal, a également pratiqué l'ovariotomie pour remédier à des métrorrhagies entretenues par un corps fibreux dont l'ablation avait été jugée impossible; quatre mois après l'opération (époque à laquelle l'opération fut publiée), la malade allait bien et les métrorrhagies avaient cessé.

Ces trois observations forment une catégorie bien distincte. Dans les trois cas, des hémorrhagies occasionnées par des corps fibreux et entretenues par le molimen menstruel menaçaient l'existence ; le chirurgien a provoqué la cessation du flux menstruel et a voulu, pour ainsi dire, tarir la source du sang. Il s'appuyait sur une indication positive et vraiment scientifique.

Nous verrons plus loin si, au point de vue pratique, son raisonnement était fondé.

Nous trouvons maintenant quelques cas dans lesquels les ovaires ont été enlevés pour remédier à des symptômes éloignés ou généraux, dont ces organes semblaient être la cause. C'est ainsi que Hégar a pratiqué l'ablation de l'utérus et des deux ovaires pour délivrer une femme d'une toux extrêmement violente, qu'on attribuait à une antéflexion utérine. Ce chirurgien avait remarqué que ce symptôme disparaissait aussitôt que l'utérus était replacé dans sa position normale et qu'il revenait lorsque l'organe était abandonné à lui-même. La malade ne pouvant supporter aucun pessaire intra ou extra-utérin, et ayant sollicité l'intervention chirurgicale, l'opération heureusement pratiquée fit cesser le symptôme alarmant. Peaslee, de New-York, pratiqua l'ovariotomie normale pour remédier à des accidents hystériques et épileptiformes, dont ces organes étaient le point de départ; la malade mourut de péritonite. Outre l'observation que nous avons rapportée plus haut, Battey enleva les ovaires d'une jeune fille dont la vie paraissait menacée par une aménorrhée rebelle et des convulsions épileptiformes. La malade supporta bien l'opération, et, chose digne de remarque, la menstruation se rétablit régulièrement.

Nous arrivons ensuite à une série de cas se rattachant à une lésion des ovaires, lésion insuffisante pour menacer l'existence, mais donnant lieu aux désordres plus ou moins graves que les auteurs anglais désignent sous le nom de *dysménorrhée ovarienne*. Quatre opérations ont été ainsi pratiquées, trois par Battey et une par Trenholme. Un ovaire seulement fut enlevé dans chaque cas, non par le procédé opératoire ordinaire de l'ovariotomie, mais par une incision abdominale pratiquée dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Toutes les malades guérirent des suites de l'opération, mais chez une d'entre elles il n'y eut aucun soulagement et la dysménorrhée persista avec la même intensité. Il est bon de dire que, dans ces cas, l'ovaire était ou hypertrophié ou adhérent.

Enfin, nous rapporterons les cinq dernières observations de Battey, dans lesquelles l'ovariotomie double fut pratiquée dans

le but de remédier à cet état général et local désigné par l'auteur sous le nom de *névralgie ovarienne*. Indépendamment des symptômes locaux : métrorrhagies, aménorrhée, dysménorrhée, les malades étaient en proie à des accidents hystériformes de la plus haute gravité, qui faisaient craindre pour leur raison et pour leur vie. L'ablation fut pratiquée une fois par l'incision abdominale et quatre fois par le vagin. Voici les résultats obtenus : deux malades sont mortes de péritonite à la suite de l'opération ; les trois autres ont bien supporté le traumatisme, mais une seule en a retiré des avantages appréciables.

Disons maintenant quelques mots du manuel opératoire employé. Dans les 31 observations que nous avons fait figurer dans le tableau précédent, l'opération a été pratiquée douze fois par la section abdominale et dix-neuf fois par l'incision vaginale. Dans son mémoire récemment publié, Sims conseille, d'après son observation personnelle, d'avoir recours de préférence à la section abdominale. Ce chirurgien propose le manuel opératoire suivant :

1° Pratiquer dans tous les cas l'ablation des deux ovaires.

2° Employer de préférence la section abdominale. Si les ovaires sont retenus par des adhérences, ce procédé permet de les détacher facilement, ce qui serait impossible ou tout au moins très-difficile par le vagin.

3° On ne doit avoir recours à l'incision vaginale que lorsqu'il n'existe ni inflammation pelvienne, ni cellulite, ni adhérences.

Battey lui-même, qui avait d'abord opéré par le vagin, reconnaît aujourd'hui les avantages de la section abdominale dans une lettre récemment adressée au Dr Sims (octobre 1877), ce chirurgien s'exprime ainsi : « Trois de mes cas, pratiqués par l'incision vaginale, n'ont pas été suivis de succès parce que les ovaires n'ont pu être enlevés complètement. En somme, il est plus facile d'enlever les ovaires par la section abdominale, qu'on doit généralement préférer surtout lorsqu'on soupçonne l'existence d'adhérences. »

Le nombre des états morbides auxquels l'ovariotomie nor-

male est applicable a été récemment élargi par Sims. Ce chirurgien pose dans son Mémoire les indications suivantes :

1° Lorsqu'il existe une aménorrhée causée par une absence de l'utérus ou avec un utérus rudimentaire, et lorsqu'il y a une atrésie incurable de l'utérus et que le molimen menstruel occasionne des désordres assez graves pour compromettre la vie.

2° Lorsque la menstruation est absente, irrégulière ou insuffisante et qu'elle s'accompagne de souffrances physiques et de troubles de l'intelligence, on peut avoir recours à l'opération lorsque tous les autres traitements ont échoué.

3° Lorsque les malades sont menacés de folie et d'épilepsie et que les désordres sont placés sous la dépendance d'une altération de l'ovaire et ont résisté aux rossources ordinaires de la thérapeutique.

4° Dans les cas de tumeurs fibreuses accompagnées d'hémorrhagies qui menacent de devenir mortelles.

5° Dans les cas de pelvi-cellulite chronique et d'hématocèle à récidive lorsque l'ovaire est la source de l'épanchement.

Enfin Battey, Sims, Hégar et tous les chirurgiens qui ont eu recours à cette opération n'en conseillent l'emploi qu'en dernier ressort et dans les cas désespérés.

Nous avons résumé d'une façon aussi succincte que possible les observations qui nous ont été fournies par nos confrères américains. Il serait certainement difficile, après ce court exposé des faits, de se former une idée précise de la valeur de l'opération de Battey. Les résultats obtenus paraissent favorables, mais il ne s'agit pas seulement de considérer les suites d'une opération plus ou moins téméraire, mais bien de savoir si cette opération a toujours été motivée par des indications suffisantes. Or, il ne nous semble pas que l'ovariotomie normale ait toujours été pratiquée dans de semblables conditions.

L'extirpation des ovaires dans les cas de tumeurs fibreuses accompagnées d'hémorrhagies abondantes est peut-être la seule circonstance où l'opération soit justifiée; mais n'est-il pas plus simple de pratiquer l'ablation de la tumeur, qui constitue un corps étranger dangereux ou tout au moins inutile? On nous dit que cette ablation paraissait elle-même plus périlleuse

que l'ovariotomie ; mais n'est-il pas, dans ce cas, préférable de pratiquer l'hystérotomie abdominale qui, récemment, a donné des résultats satisfaisants entre les mains habiles de Kœberlé, de Spencer Wels, de Clay et de Péan?

Quant à l'ablation des ovaires appliquée au traitement de la dysménorrhée, de l'épilepsie et des autres désordres qui semblent avoir ces organes pour point de départ, nous pensons que, dans l'état actuel de la science, cette opération n'est pas suffisamment justifiée. Le diagnostic des maladies nerveuses placées sous la dépendance immédiate du système génital n'est pas encore arrivé à une précision capable d'autoriser l'intervention chirurgicale.

Qu'on n'aille pas croire cependant que nous condamnons d'une manière absolue la nouvelle opération proposée par M. Battey. Nous n'avons ni l'autorité ni l'expérience nécessaires pour arriver à une semblable conclusion. Nous nous bornons à appeler l'attention des chirurgiens français sur le Mémoire très-scientifique du chirurgien américain, qui a été inséré dans le dernier volume des *Transactions* de la Société américaine de gynécologie. Le souvenir de la réprobation injuste longtemps infligée à l'ovariotomie et à l'hystérotomie engagerait, du reste, à ne pas condamner sans appel une opération qui, quoique plus incertaine encore, se présente néanmoins dans des conditions analogues.

D[r] A. LUTAUD.

REVUE DE LA PRESSE

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LES TUMEURS RÉTRO-UTÉRINES (1).

Par le Dr Robert Barnes.
Professeur à l'Ecole de médecine de St-Thomas hospital.

Traduction de l'anglais par le Dr A. Lutaud.

Le repli recto-vaginal du péritoine ordinairement désigné sous le nom de cul-de-sac de Douglas présente un intérêt particulier en pathologie et en clinique, le cul-de-sac qui n'a qu'une existence virtuelle à l'état normal devient une véritable cavité, lorsqu'un corps solide ou liquide vient s'interposer entre ses parois. Il peut-être lui-même le siége d'une pelvi-péritonite localisée, mais son importance pathologique provient de ce qu'il constitue le récipient des corps solides et liquides provenant de sources diverses. Dans quelques cas il n'est que le récipient passif d'un corps étranger; dans d'autres il participe à l'inflammation, et l'épanchement qui en est la conséquence, augmente la masse étrangère contenue dans la cavité et ajoute ainsi un nouvel élément pathologique à celui qui existait déjà.

Cette prédisposition à recevoir les corps étrangers mobiles, provient de ce que le cul-de-sac recto-vaginal constitue la partie la plus déclive de la grande cavité péritonéale. Les corps solides ou liquides, libres ou maintenus seulement par des attaches flexibles, gravitent naturellement vers le cul-de-sac de Douglas. Ces corps exercent ensuite une pression excentrique plus ou moins considérable selon leur poids et leur volume sur les organes voisins. Il en résulte un déplacement des organes mobiles qui limitent cette cavité : l'utérus et le vagin en avant, le rectum en arrière.

(1) Travail publié dans les *Saint-George's hospital reports*

Ces organes peuvent quelquefois subir un déplacement considérable sans éprouver eux-mêmes les effets de la pression et sans qu'il existe aucun trouble fonctionnel important dans les viscères voisins. Les premiers organes comprimés par les tumeurs rétro-utérines sont l'utérus et le vagin, mais les fonctions de ces organes ne sont pas de premier ordre, et la pression exercée n'est du reste pas suffisante pour les interrompre complètement. En arrière, la compression peut entraver le fonctionnement de l'intestin et produire la constipation, mais le symptôme peut être supporté plusieurs jours sans dangers et sans réclamer une intervention immédiate. Mais il n'en est pas de même lorsque la pression exercée sur l'utérus et le vagin est assez considérable pour repousser les organes en avant au point de comprimer la vessie et de la refouler contre les os pubiens. Il existe alors une obstruction plus ou moins complète de l'urèthre. La miction est un besoin impérieux qu'on ne peut retarder sans éprouver des symptômes aigus et dont la suppression nécessite absolument l'intervention de l'art.

C'est ainsi qu'il arrive parfois que la suppression des fonctions de la vessie est le premier symptôme qui nous fait soupçonner un état pathologique du cul-de-sac de Douglas. La rétention d'urine est le symptôme qu'il faut immédiatement combattre ; mais lorsqu'on se souvient que le fait clinique important, à savoir que, chez la femme, l'obstruction vésicale reconnaît presque toujours pour cause une pression mécanique, nous devons ensuite rechercher la cause obstruante.

Il n'est pas inopportun de dire quelques mots sur l'anatomie du cul-de-sac rétro-utérin qui n'est pas suffisamment décrite dans la plupart des ouvrages classiques. Un point qui a une grande importance clinique et sur lequel on n'a pas encore insisté est que cette poche présente 2 centimètres de plus de profondeur à gauche qu'à droite. Elle n'est donc pas précisément située sur la ligne médiane. La partie la plus profonde est située derrière le ligament large gauche.

Il résulte de cette disposition que les épanchements et les corps étrangers de toute nature se portent à gauche du cul-de-sac rétro-utérin dans sa partie la plus profonde et que, lorsqu'on

pratique le toucher rectal ou vaginal, on ne les trouve pas situés directement derrière l'utérus mais un peu à gauche. Ce n'est que lorsque la tumeur devient considérable, qu'elle s'étend derrière l'utérus qu'on peut la sentir et en reconnaître les caractères.

Il ne faut donc pas trop se hâter, lorsqu'on découvre une petite tumeur en arrière du vagin à gauche, de diagnostiquer un déplacement de l'ovaire. Il est arrivé assez souvent que les épanchements peu abondants qui accompagnent parfois l'accouchement, la fausse couche ou les troubles de la menstruation ont été pris pour un ovaire enflammé et déplacé. Mais on parvient assez facilement à éviter cette erreur en ajoutant le toucher rectal à l'examen vaginal; le doigt peut alors atteindre l'ovaire et reconnaître qu'il a conservé sa position normale.

Cette plus grande profondeur de cette partie du cul-de-sac rétro-vaginal qu'on a désignée sous le nom de *poche rétro-ovarienne* est attribuée au trajet transversal suivi par le rectum. C'est pour cela aussi que le doigt, introduit dans le rectum, pénètre plus facilement à gauche et derrière le ligament large gauche. La flexure sigmoïde descend dans cet espace qui existe à gauche du promontoire sacré et c'est grâce à cette disposition qu'il échappe souvent à une compression excessive.

Je n'ai point l'intention d'entrer ici dans de plus grands détails sur cette disposition anatomique et sur les conséquences pathologiques et cliniques qui en découlent. Les observations que je vais rapporter constituent du reste les meilleurs arguments que je puisse donner pour démontrer l'importance pathologique du cul-de-sac recto-vaginal. J'ai divisé mes faits en cinq groupes. Dans le premier groupe j'ai placé les cas simples qu'on rencontre le plus fréquemment, dans les autres j'ai placé les cas moins connus et plus compliqués.

PREMIER GROUPE.

Rétroversion de l'utérus gravide.

Cet état pathologique est bien connu depuis William Hunter. La rétention d'urine est le symptôme le plus constant. On peut

même dire que, dans la plupart des cas, la maladie n'est pas soupçonnée lorsque le fonctionnement de la vessie est normal. L'avortement est une conséquence fréquente de la rétroversion; mais lorsque cet accident survient il fait généralement cesser les symptômes, parce que l'utérus débarrassé du produit de la gestation n'est plus assez volumineux pour comprimer la vessie ou déterminer une rétention d'urine.

Observation I. — *Rétroversion de l'utérus gravide. — Guérison. — Grossesse non interrompue.*

M. S..., âgée de 38 ans, se présente à la consultation pour une rétention d'urine, et est admise à l'hôpital, le 2 août 1876. Elle était mariée depuis plusieurs années, avait eu plusieurs grossesses normales et des enfants sains, et n'avait jamais eu aucune indisposition grave. Le 23 juillet, elle marchait sur un pavé glissant, en conduisant un enfant; l'enfant tomba et elle tomba avec lui, en voulant le retenir. Elle n'éprouva aucune douleur au moment de l'accident; mais, dans l'après-midi du même jour, elle alla aux water-closets et ne put pas uriner. Elle ressentit alors une douleur aiguë dans la partie inférieure de l'abdomen et dans la région lombaire. Elle éprouvait en même temps un besoin constant d'uriner; mais il ne semble pas que l'urine se soit échappée involontairement et à l'insu de la malade. Elle prit un purgatif dans la soirée, et eut plusieurs garde-robes copieuses dans la matinée du jour suivant; mais le fonctionnement de l'intestin occasionnait de vives douleurs. L'émission de l'urine fut possible; mais les envies d'uriner étaient fréquentes et la miction douloureuse. Cet état persista jusqu'au moment de l'admission à l'hôpital.

Le ventre a augmenté de volume, à partir du deuxième jour qui a suivi l'accident. Il était sensible et douloureux.

Au moment de l'admission, la malade est très-souffrante et très-affaiblie; le pouls est à 90. On peut percevoir, dans la partie inférieure de l'abdomen, un gonflement limité, qui part du pubis et dépasse l'ombilic. La tumeur est légèrement sensible à la pression; elle n'est pas fluctuante, et donne un son mat à la percussion.

Examen par le vagin. — Le col utérin est dirigé en avant et fortement appliqué contre la symphyse pubienne. Le fond de l'organe, considérablement augmenté de volume, remplit l'excavation du sacrum, et refoule en avant la paroi postérieure du vagin. Il n'y a pas de protrusion marquée de l'anus et du périnée. On retire environ trois litres et demi d'urine de la vessie. Le volume du ventre a diminué à mesure que la vessie s'est vidée.

La malade est enceinte de trois mois. Après avoir vidé la vessie, il est facile de diagnostiquer une rétroversion utérine. Le soir du jour de l'admission, la malade est sondée de nouveau, et on retire 900 grammes d'urine ; celle-ci contenait une grande quantité d'albumine, du mucus et des corpuscules sanguins désagrégés.

Le lendemain, 3 août, la malade ne souffre plus et a passé une bonne nuit. On retire environ 750 grammes d'urine le matin, et 900 grammes le soir. L'intestin est constipé ; on administre un lavement purgatif.

Le 4 août, la malade passe volontairement 1,000 grammes d'urine dans la matinée, et on en retire 300 grammes le soir avec la sonde. Le col est toujours appliqué contre la symphyse pubienne; le fond est toujours rétroversé et situé en grande partie au-dessous du promontoire du sacrum. Un fort pessaire de Hodge est introduit, dans le but d'obtenir une réduction graduelle, les symptômes n'ayant pas paru assez aigus pour motiver le taxis forcé.

Le 5, la malade se plaint d'une vive douleur lombaire et d'une sensation de brûlure dans le vagin ; elle urine volontairement. L'utérus est moins rétroversé.

Le 6, les douleurs lombaires persistent, mais la malade vide sa vessie complètement et avec facilité. L'urine contient un peu de pus, mais pas de sang ni de tubuli.

Le mieux continue les jours suivants, et l'albumine diminue. Le 11, on trouve une quantité considérable de pus dans l'urine. A partir du 16, le pus diminue, et la malade urine facilement et sans douleur. Elle supporte bien son pessaire et peut marcher. Il n'y a aucun symptôme de nature à faire redouter un avortement.

Elle quitte l'hôpital, le 6 septembre. L'utérus a presque repris sa position normale ; mais il y a toujours un peu de pus dans l'urine.

Le 9 octobre, elle se présente à la consultation ; elle se plaint toujours de quelques douleurs abdominales et de faiblesse ; mais l'état général est cependant satisfaisant. Le pessaire est enlevé et l'utérus parfaitement redressé. La grossesse est arrivée au cinquième mois. L'urine contient toujours un peu de pus et quelques traces d'albumine.

Elle est accouchée, quatre mois plus tard, d'un enfant sain.

On ne peut expliquer que par des conjectures la présence de l'albumine dans ce cas. Il peut se faire que les reins aient été surchargés par l'augmentation de la tension artérielle qu'on observe fréquemment dans la grossesse et qui était, dans ce cas, aggravée par l'existence d'une rétroversion utérine. C'eût été là une albuminurie d'origine rénale. D'un autre côté, la

grande distension de la vessie et l'engorgement considérable de sa muqueuse membrane expliquent la cystite et la présence du pus dans l'urine.

Cette observation contraste avec la suivante qui se rapporte à une rétroflexion, et permettra de saisir les caractères différentiels qui existent entre les deux affections.

Obs. II. — *Rétroflexion de l'utérus gravide. — Avortement.*

L'été dernier, j'ai vu, en consultation avec le Dr Ligertwood, la femme d'un officier, âgée d'environ 40 ans. Elle avait eu des enfants; mais sa dernière grossesse remontait à un certain nombre d'années. Elle se croyait enceinte, mais sans en avoir la certitude et sans présenter des symptômes caractéristiques. Elle avait d'abord éprouvé de la difficulté à uriner, puis la rétention était devenue complète. Elle éprouvait des douleurs intenses dans l'hypogastre et dans toute la région pelvienne.

Après avoir retiré avec la sonde une quantité considérable d'urine, je trouvai le col ramolli, pressé contre la symphyse pubienne, et dirigé en bas et en avant. Derrière le col, on sentait une masse volumineuse, qui repoussait en avant la paroi postérieure du vagin. Le doigt, introduit dans le rectum, peut atteindre la tumeur, qui n'est autre chose que le corps de l'utérus rétroflexé, et augmenté de volume probablement par la gestation. Je replaçai partiellement l'organe dans sa position normale, en pratiquant le taxis pendant la chloroformisation, et j'appliquai un pessaire-levier pour maintenir le résultat obtenu. La malade avorta quelques jours après, avant que le redressement complet de l'utérus ait été obtenu. A partir de cette époque, tous les symptômes disparurent; l'utérus fut complètement redressé et maintenu en place à l'aide d'un pessaire de Hodge. L'involution utérine, qui se faisait lentement, fut activée par l'emploi du sulfate de quinine et par quelques applications de teinture d'iode dans la cavité de l'organe.

Il est nécessaire, pour bien comprendre ces cas, d'avoir présents à l'esprit les caractères distinctifs de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus. Dans le premier cas, l'axe de l'utérus, depuis le fond jusqu'au col, reste droit; l'utérus est simplement couché dans le bassin et dévié de son axe normal. Le fond est logé dans la dépression sacrée au-dessous du promontoire; le col est, par conséquent, dirigé en haut et en avant vers la symphyse pubienne. En s'élevant ainsi, la partie infé-

rieure de l'utérus entraîne avec elle la vessie et l'urèthre, de telle sorte que le méat est quelquefois caché derrière la symphyse.



FIG. I.

Rétroflexion de l'utérus gravide. — Le col est légèrement rapproché de la symphyse pubienne; il est dirigé en bas et un peu en avant. Le fond de l'utérus est rejeté et se rapproche du périnée.

Dans la rétroflexion, le col utérin est dirigé en bas ; le corps est fléchi sur le col au niveau de l'orifice externe. Grâce à cette disposition, la vessie subit un déplacement moins considérable et la rétention d'urine ne s'observe pas d'une façon aussi constante.

Il importe de bien étudier ces caractères distinctifs. Dans la

rétroversion le diagnostic est relativement facile ; l'axe de l'organe étant conservé et le col étant dirigé en haut et en avant. Mais, comme dans la rétroflexion le col est dirigé en bas et présente habituellement sa direction normale, il y a là un caractère commun qui peut obscurcir le diagnostic. En effet, dans la rétroflexion de l'utérus gravide et dans presque tous les cas de tumeurs rétro-utérines, le toucher donne des sensations analogues, nous devons recourir à d'autres procédés pour arriver à un diagnostic précis. Dans tous les cas, le col est dirigé en bas, sa portion vaginale peut être circonscrite par le doigt ; derrière le col, on trouve une masse ferme et arrondie, fortement appliquée contre le col et déprimant la paroi postérieure du vagin. Le toucher rectal ne nous en apprendra pas davantage et le doigt peut à peine atteindre la masse morbide. Mais en combinant le toucher rectal à la palpation externe on peut obtenir des signes d'une certaine valeur. Lorsque la vessie est vidée, la main peut, chez certains sujets, pénétrer assez avant dans le bassin pour sentir le doigt introduit dans le rectum ; elle peut, dans tous les cas, pénétrer assez avant pour donner avec une certaine précision la forme, les dimensions et les rapports du corps interposé. On peut parfois, de cette façon, constater la continuité qui existe entre la paroi antérieure du col et la paroi supérieure de la tumeur et reconnaître qu'il s'agit de l'utérus. Dans d'autres cas, on peut d'abord sentir le fond de l'utérus qui proémine au-dessus de la symphyse et reconnaître les corps étrangers qui siégent en arrière et la gouttière qui existe entre eux et l'utérus. Mais les signes les plus importants et les plus utiles sont fournis par la sonde. En introduisant cet instrument dans l'utérus, on voit que dans la rétroflexion il ne pénètre qu'à 3 ou 4 centimètres de profondeur et on peut alors, par la palpation abdominale, percevoir la flexion utérine. Lorsqu'il existe une tumeur rétro-utérine, la sonde pénètre dans toute la profondeur de l'organe ; on peut alors constater que les mouvements imprimés à l'utérus par la sonde ne se transmettent pas à la masse qui est située derrière lui.

Règle générale on peut dire que dans la rétroversion et la

rétroflexion, mais plus spécialement dans la rétroversion, le col est élevé et vient se placer derrière la symphyse pubienne, tandis que dans les déplacements produits par des tumeurs, le col est abaissé en même temps qu'il est dirigé en avant. Il n'est pas rare dans ces cas de rencontrer le col à la vulve ou près du bord inférieur de l'arcade pubienne. Cette règle présente néanmoins quelques exceptions.

L'observation suivante montre combien il est parfois difficile de distinguer les tumeurs rétro-utérines de la rétroflexion. Mais elle doit figurer dans notre deuxième groupe.

DEUXIÈME GROUPE.

Grossesse extra-utérine.

OBSERVATION III.

E. S..., âgée de 33 ans, admise à l'hôpital Saint-George, le 25 octobre 1876, dans le service du Dr Barnes (médecin assistant du service obstétrical, M. Gerald Hasper). Cette femme a été mariée pendant deux années; sa première grossesse s'est terminée par un avortement qui eut lieu vers le cinquième mois. Elle eut ensuite un enfant, qui naquit à terme et en bonne santé, puis un autre, un an plus tard. Elle n'est pas robuste, mais elle n'a jamais souffert d'aucune affection spéciale. Sa menstruation à toujours été régulière.

Les règles ont été supprimées le 19 juin 1876 ; un peu plus tard, les seins devinrent gonflés et un peu douloureux, et elle eut des vomissements le matin. On n'observa alors aucune augmentation du volume de l'abdomen. Pendant ces trois ou quatre derniers mois, elle s'est livrée à des travaux très-fatigants ; elle restait longtemps debout dans un lavoir, et portait des fardeaux assez pesants. Elle éprouva, il y a environ trois mois, une douleur très-intense dans la région hypogastrique, qui devint le siége d'une grande sensibilité. Cette douleur s'irradiait aux aines et aux cuisses : au début, elle ne durait que quelques heures et ne reparaissait qu'à des intervalles de trois ou quatre jours ; mais elle ne tarda pas à être continue et assez forte pour confiner la malade au lit. Les premières douleurs avaient été suivies d'un écoulement vaginal jaunâtre, et étaient généralement accompagnées de vomissements. Il y a cinq semaines, elle éprouva de grandes difficultés pour uriner, et une constipation rebelle. Un écou-

lement glaireux et fétide s'échappait de l'anus. La malade a perdu l'appétit et a maigri.

Examen. — Le col utérin est fixé derrière la symphyse pubienne. La paroi vaginale postérieure est refoulée en avant par une masse arrondie qui occupe le cul-de-sac recto-vaginal. La partie inférieure de cette masse est située au-dessous du niveau du col utérin.

Les renseignements obtenus faisant soupçonner une grossesse, on diagnostiqua une rétroversion de l'utérus gravide, et on ne pratiqua pas le cathétérisme utérin.

La malade perdit un peu de sang le 27 octobre, et expulsa par le vagin une membrane épaisse, ayant tous les caractères d'une membrane déciduale. La vessie est vidée à l'aide de la sonde : on administre un lavement huileux.

Le 28, il n'y a pas d'écoulement sanguin; la malade souffre peu. La vessie est vidée deux fois avec la sonde.

Le 29 et le 30, léger écoulement sanguin; expulsion de fragments membraneux, paraissant appartenir à un placenta. La malade n'a pas souffert.

Le 31 octobre, la malade est chloroformée, et l'on pratique quelques tentatives pour redresser l'utérus; mais on n'obtient pas un résultat très-complet. Un pessaire de Hodge est appliqué, dans le but d'obtenir un redressement graduel.

1er novembre. La malade éprouve des douleurs abdominales et ne peut uriner; quelques fragments de membrane sont expulsés.

Les 2-7. Pas de douleurs ni d'hémorrhagie. La plus grande partie de la masse est située en dehors du petit bassin; mais il y en a encore une portion au-dessous du promontoire du sacrum. Le col utérin se porte maintenant en bas et un peu en arrière, vers le milieu de la cavité pelvienne. La malade prétend sentir les mouvements du fœtus; mais on ne peut entendre les bruits du cœur fœtal à l'auscultation.

Le 8. Léger écoulement sanguin par la vessie et le rectum. La malade éprouve quelques douleurs.

Les 9-13. L'écoulement augmente et présente, comme quantité, les caractères des menstrues. Pas de douleurs.

Le 14. Le pessaire est enlevé. La moitié au moins de la tumeur est située au-dessous du promontoire du sacrum; le col est abaissé. Le pessaire est introduit de nouveau; mais son action ne paraît pas très-efficace. L'urine, qu'il est nécessaire de retirer soir et matin avec le cathéter, ne contient pas d'albumine. L'intestin est toujours constipé et ne fonctionne qu'avec des purgatifs ou des lavements.

Les 20-23. L'état général est le même. On pratique le cathétérisme utérin, et la sonde dépasse la cavité du col et pénètre dans celle du corps; elle ne peut cependant pénétrer jusqu'au fond de l'organe. On

conclut de cet examen qu'il ne s'agit pas d'une rétroflexion, mais d'une tumeur située derrière l'utérus.

Les 24-30. La malade n'éprouve aucune douleur; elle n'a pas présenté les mouvements d'un fœtus pendant la dernière quinzaine. La masse située derrière l'utérus est ponctionnée avec un trocart, et on en retire avec l'aspirateur environ 45 grammes de sang.

1-3 décembre. La malade prétend sentir de nouveau les mouvements du fœtus; elle n'éprouve que quelques douleurs insignifiantes, et perd un peu de sang.

Les 4-5. La douleur a considérablement augmenté; vomissements. Température, 39° le matin; pouls, 100. Température vespérale, 39°,8; pouls, 125. On administre des opiacés; on fait prendre à la malade du thé de bœuf, du lait, etc.

Le 6. Amélioration. La douleur et les vomissements diminuent; un écoulement crémeux et fétide s'écoule du vagin et du rectum. Température le matin, 39°; le soir, 39°,5. Pouls, 120. Pas de frissons.

Le 7. Température le matin, 39°,8; le soir, 38°,5. Pouls, 100. L'état s'est aggravé; les douleurs et les vomissements ont repris une certaine intensité; l'écoulement vaginal et rectal continue. Les parois de la tumeur semblent s'être rétractées à l'endroit de la ponction; la tumeur a diminué de volume et s'est élevée dans le bassin; sa portion inférieure est maintenant au-dessus du niveau du col.

Le 8. Température, 39°,3 le matin; 38°,5 le soir. Pouls. 90. Les douleurs et les vomissements ont cessé; l'écoulement continue.

Les 9-11. Les douleurs reviennent, le ventre est distendu, l'écoulement diminue, la langue est chargée. La température oscille entre 38°,5 et 39°,5. Le cathéter est généralement nécessaire pour vider la vessie, et l'intestin ne fonctionne que par des purgatifs ou des lavements.

Le 12. Les douleurs ont presque cessé. L'hystéromètre pénètre dans la cavité utérine, à la profondeur ordinaire; une autre sonde, introduite dans la tumeur par l'ouverture de la ponction, pénètre à une profondeur d'environ 8 centimètres, mais n'arrive pas en contact avec l'autre instrument. Cette sonde exécute facilement des mouvements de rotation, comme dans une cavité.

Le 13. La malade est examinée, après avoir été éthérisée. En pressant sur les parois de la tumeur, on provoque la sortie d'un liquide abondant, fétide, rougeâtre, par l'orifice de la ponction. Un liquide de même nature, qui s'écoule en même temps par l'anus, annonce que la tumeur communique avec le rectum. Aucun fragment solide ne put être retiré de la tumeur par l'introduction d'un petit crochet métallique. L'ouverture vaginale fut élargie, et une légère hémorrhagie qui survint fut arrêtée avec l'aide de l'ingénieux thermo-cautère de Paquelin.

Les 14-15. La température oscille entre 38°,5 et 39°; il y a quelques vomissements. La malade n'accuse pas de vives douleurs. L'écoulement continue à être très-abondant.

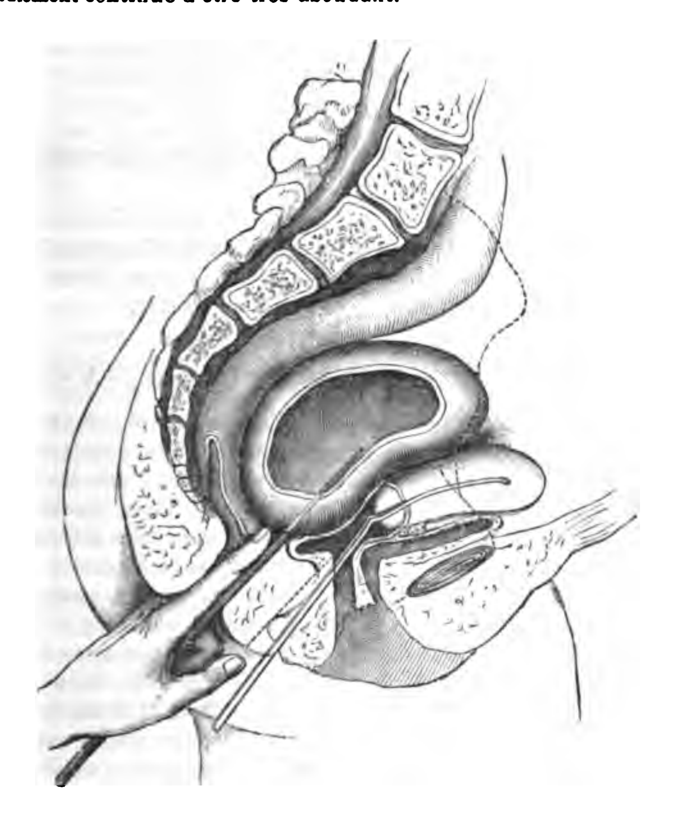


Fig. II.

Cette figure montre les rapports qui existent entre l'utérus, le rectum et le kyste interposé. Le col utérin est dirigé en bas et en arrière, ce qui contraste avec ce qu'on observe dans la rétroflexion (fig. I).

Le 19. On pratique une injection iodée dans le kyste, à l'aide d'un cathéter. L'écoulement continue.

Les 20-24. Injection iodée. La température a oscillé entre 38°,5 et 39°,8. L'écoulement a diminué. La malade éprouve toujours quelques douleurs abdominales. Pas de vomissements.

Les 25-27. Amélioration notable. Trois petits os sont expulsés du kyste (un temporal, un omoplate et un os long).

16 janvier. L'état général est satisfaisant. L'ouverture du kyste a été agrandie avec le métrotome, de façon à permettre l'introduction



FIG. III.

Ce petit crochet, obtenu en courbant un stylet ordinaire, a été employé avec avantage dans l'observation X.

du doigt. On retire encore quelques os. Le 30 janvier, l'écoulement a sensiblement diminué; il est moins fétide. Le kyste est beaucoup plus petit, et le col utérin a repris sa position normale.

OBS. IV. — *Grossesse extra-utérine. — Péritonite. — Mort.*

S. M..., âgée de 34 ans, est admise à l'hôpital, le 16 août 1876. Mariée depuis douze ans, elle n'a eu qu'un enfant pendant l'année qui a suivi son mariage. Au mois d'octobre 1875, elle tomba d'une chaise sur laquelle elle était montée pour atteindre un objet élevé. Cet accident fut immédiatement suivi d'une hémorrhagie. Les règles étaient supprimées depuis cinq semaines. L'écoulement sanguin continua sans interruption jusqu'au mois de février 1876, puis il cessa pendant les trois mois suivants. Depuis le mois de décembre, la malade a observé un gonflement de la région hypogastrique, qui a graduellement augmenté jusqu'au mois de mai 1872, époque à laquelle elle fit une autre chute, qui fut suivie d'une hémorrhagie abondante et fit diminuer le volume de l'abdomen. Cette hémorrhagie se montra encore pendant une semaine; mais la malade alla mieux, et les rapports sexuels furent repris deux jours plus tard.

Au moment de son admission, la malade semble assez robuste; mais elle est inquiète, et accuse une douleur vague dans la région hypogastrique. Elle éprouve quelques difficultés à uriner et à aller à la garde-robe.

Examen de la malade. — Il existe une tumeur ovoïde, résistante audessus du ligament de Poupart, et s'étendant jusqu'au niveau de l'ombilic. Cette tumeur est assez facilement isolée par la toucher et la percussion. En examinant la malade, le Dr Barnes découvre, par le toucher vaginal, une masse volumineuse et sensible, située derrière et sur les côtés de l'utérus. La sonde est facilement introduite dans la cavité utérine, dont le volume dépasse les dimensions normales. Le corps de l'utérus est déplacé sur le côté gauche et un peu en arrière. On supposa la présence d'une hématocèle, mais le diagnostic ne put

être établi d'une façon précise, et le Dr Barnes dut quitter la ville le même jour.

Le 24 août, légère hémorrhagie utérine; la tumeur est plus douloureuse.

Le 25, l'hémorrhagie et la douleur augmentent. Température et pouls du matin : 38°,5, 100; le soir, 39°5, et 100 pulsations.

Le 26, les douleurs persistent et sont très-aiguës. Température matinale : 39°; pouls, 130. Température vespérale : 38°,8; pouls, 130. La miction est difficile, la langue chargée et l'intestin constipé.

Le 27, la douleur est encore plus intense; la métrorrhagie a cessé; la température est la même.

Ces symptômes continuent jusqu'au 3 septembre, date du décès de la malade.

Autopsie (d'après les notes recueillies par le Dr R. S. Lee). Les poumons et le cœur sont sains; le foie et la rate sont le siége d'un léger ramollissement; les reins sont pâles et hypertrophiés, non adhérents aux capsules.

On trouve les traces d'une péritonite généralisée remontant à une date déjà éloignée, et un récent épanchement de lymphe; la cavité péritonéale est remplie d'un liquide purulent et fétide; l'utérus est notablement augmenté de volume (un tiers environ), et contient un pus sanieux dans sa cavité; le col a subi un allongement probablement dû au déplacement produit par la tumeur. Celle-ci était formée par le cul-de-sac recto-vaginal dans lequel s'était produit l'épanchement. La paroi antérieure était formée par la face postérieure du ligament large et de l'utérus; la paroi antérieure, par l'intestin et la séreuse. Elle contenait un fœtus âgé de 6 mois environ, et un placenta adhérent à la surface postérieure du vagin.

N'ayant vu la malade qu'une seule fois, il m'est difficile de faire d'utiles commentaires sur ce cas. Il montre cependant la tendance qu'ont les kystes fœtaux à se loger dans le cul-de-sac rétro-utérin.

Pouvons-nous maintenant en comparant ces observations, trouver des caractères distinctifs qui nous permettent de diagnostiquer une grossesse extra-utérine dont le produit est logé dans le cul-de-sac recto-vaginal? Voici les caractères que nous observons :

En premier lieu l'immobilité relative de la tumeur, la difficulté qu'on éprouve à la soulever en dehors du petit bassin, difficulté qu'on ne rencontre pas lorsqu'on cherche à soulever

un utérus simplement rétroversé. Ce point est le premier qui ait attiré notre attention et provoqué des doutes sur le diagnostic qui avait d'abord été porté dans l'observation III.

En second lieu on trouve le col utérin dirigé en bas et *en arrière*. Cette direction en arrière existe rarement dans la rétroflexion de l'utérus. Elle peut cependant indiquer une antéversion prononcée, comme celle qu'on observe lorsqu'il existe derrière l'utérus une tumeur qui chasse le corps en avant et le col dans une direction opposée, c'est-à-dire en arrière. Le troisième point est relatif à l'abaissement du col. Nous avons déjà appelé l'attention sur ce fait que, dans la rétroflexion, la rotation de l'utérus sur son axe transverse tend à porter le col en avant, tandis que le corps étranger tombant sur l'utérus en arrière tend à abaisser la totalité de l'organe. C'est encore la sonde utérine qui nous fournit le meilleur moyen de diagnostic entre la rétroflexion et une tumeur intra-utérine. Mais lorsque nous avons reconnu que la masse est rétro-utérine comment savoir si le kyste est le produit d'une gestation utérine? Nous avons pour nous guider les signes commémoratifs de la grossesse; mais ils sont souvent insuffisants et le diagnostic certain ne peut être posé que lorsqu'on se trouve en présence d'os ou de débris fœtaux extraits de la tumeur.

Mais les cas qui ont été le plus souvent confondus avec la rétroflexion de l'utérus gravide appartiennent à l'hématocèle intra-péritonéale. On peut même dire que, alors que l'hématocèle n'était pas encore bien connue, ces cas étaient constamment confondus. J'ai relaté de nombreux exemples dans les *Saint-Thomas Hospital Reports*. Je vais maintenant rapporter quelques observations de ce genre qui pourront être utilement rapprochées de celles qui figurent plus haut.

(*A suivre.*)

TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE
CHEZ LES ENFANTS.

Par le Dr Thiriar.

Au début de la pleurésie chez un enfant, alors que le diagnostic de la purulence n'est pas encore bien établi, une grande activité dans le traitement médical réussit souvent à enrayer la maladie. Mais lorsqu'en dépit de l'emploi persévérant de moyens rationnels, un des côtés de la poitrine continue à rester plein de liquide ; lorsque par suite de la concordance des signes physiques entre eux et avec les symptômes généraux, on en arrive à poser le diagnostic de pleurésie purulente, il y a lieu alors d'adopter un traitement chirurgical actif en raison de la faiblesse constitutionnelle des petits malades et de la crainte d'une tuberculisation secondaire.

On peut diviser les méthodes de traitement de la pleurésie purulente en quatre grandes catégories, ce sont :

1o L'expectation ;
2o L'incision simple ;
3o La ponction simple ;
4o La succion des liquides.

Ces quatre grandes méthodes peuvent se subdiviser à leur tour ; nous allons successivement les passer en revue en commençant par l'expectation.

Abandonnée à elle-même la pleurésie purulente peut se terminer par la mort ou la guérison.

La guérison, qui chez l'adulte est si rare qu'on en cite à peine quelques cas, est un peu plus fréquente chez les enfants. Elle peut se produire de deux manières :

(1) Chapitre extrait d'un travail ayant pour titre : *De la pleurésie purulente chez les enfants* et publié dans le *Mémoires couronnés et autres mémoires* publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique.

1° Par la résorption du pus ;

2° Par l'évacuation du liquide au dehors.

« La résorption du pus, disent Uhle et Wagner, ou pour » mieux dire la résorption de son sérum non altéré et de ses » globules préalablement transformés en graisse, s'accomplit » plus ou moins complètement, aussi bien lorsqu'il est contenu » dans les cavités naturelles du corps que lorsqu'il se présente » sous forme d'abcès ou d'infiltration » (1). Cette résorption, comme on le voit, est donc possible, et nous l'avons vue s'accomplir en tout ou en partie. La preuve, du reste, que les parois du foyer purulent peuvent absorber les éléments liquides du pus, c'est qu'elles absorbent l'iode injecté dans la plèvre, l'urine des opérés en renfermant alors des quantités notables. Si donc la plèvre, dans ces conditions, peut absorber l'iode, elle peut à fortiori absorber le pus.

Ces exemples de résorption, quoique peu fréquents, ne sont pas cependant très-rares, car les auteurs en rapportent de nombreux exemples. Quand cela arrive, on voit peu à peu les symptômes graves disparaître : la matité diminue, le côté se rétrécit, le poumon se dilate, le bruit respiratoire, d'abord affaibli, revient insensiblement à son état normal, le malade engraisse, reprend ses couleurs, devient gai, l'appétit augmente considérablement. Bref, la guérison a lieu en quelques mois. Moutard-Martin, dans son traité de la pleurésie purulente, en rapporte un magnifique exemple. Dans ce cas, l'erreur de diagnostic a été évité par une ponction exploratrice. C'était chez un homme de 42 ans, malade depuis cinq semaines, chez lequel M. Moutard-Martin avait diagnostiqué une pleurésie, avec épanchement assez abondant à gauche. Au bout de huit jours de traitement par les diurétiques et les vésicatoires, l'état général ne s'améliorant pas et l'épanchement restant le même, il fit une ponction exploratrice qui donna issue à du pus. Par suite de diverses circonstances, la thoracentèse ne put se faire immédiatement ni les jours suivants. Cinq jours après, M. Moutard-

---

(1) Uhle et Wagner. *Nouveaux éléments de pathologie générale*, traduit de l'allemand par les Drs Delstanche et Mahaux.

Martin, constatant une amélioration notable dans l'état général du malade et une diminution évidente de l'épanchement, s'abstint de toute opération, l'amélioration progressa sous l'influence des vésicatoires et du traitement tonique qui fut institué. Bref, le malade, entré le 17 avril 1864 à l'hôpital, en sortit radicalement guéri le 20 juin.

On voit par cet exemple que la guérison spontanée et sans fistule n'est pas impossible. Moi-même il m'a été donné d'assister à la résorption des parties liquides d'un épanchement que tout indiquait être de nature purulente, en voici l'observation.

Le 5 août dernier on apporta à ma consultation l'enfant B..., âgé d'environ 4 ans. Cet enfant est malade depuis 2 mois 1/2 et a été traité pour une pleurésie à droite par les moyens ordinaires : vésicatoires, diurétiques, etc. L'enfant est d'une maigreur excessive et d'une pâleur terreuse caractéristique; lès cheveux sont dépolis, lainagineux ; il a une petite toux sèche, fréquente surtout la nuit, de la fièvre tous les soirs et des sueurs nocturnes peu abondantes. La gêne de la respiration est assez forte, l'appétit peu prononcé ; à l'examen de la poitrine on constate que le côté droit est immobile, l'ampliation ne se fait pas, les espaces intercostaux sont élargis, effacés. La matité est complète à la base de ce côté; mais en avant sous la clavicule il y a exagération de la sonorité. L'absence de vibration est complète à la base. A l'auscultation en arrière et à la partie supérieure, le bruit respiratoire est fortement diminué; près de l'épine de l'omoplate on entend du souffle bronchique; à la base on ne perçoit plus le bruit respiratoire. Lorsque l'oreille est appliquée sur la poitrine à la base et qu'on fait parler l'enfant à voix basse, on constate la non-transmission de la voix; il y a donc absence de la pectoriloquie aphone. Je diagnostiquai un épanchement que tout m'indiquait être purulent, et je proposai la ponction qui fut refusée. J'envoyai alors l'enfant à la campagne et je lui prescrivis un régime tonique, ainsi que du quinquina et le sirop de Dusart, au lacto-phosphate de chaux. Je ne revis plus l'enfant que vers le milieu de septembre. L'amélioration était

notable, le teint est un peu meilleur; l'appétit a augmenté, les forces sont un peu revenues, du côté de la poitrine la matité a diminué et le côté droit est rétréci. Cependant la fièvre persiste et les sueurs existent encore. Le traitement fut continué et, au commencement d'octobre, l'enfant, qui est revenu de la campagne, est dans un état très-satisfaisant. On constate un rétrécissement assez fort, du côté droit. La sonorité y est beaucoup moins prononcée qu'à gauche et les vibrations thoraciques sont moins fortes; à l'auscultation, on entend le bruit respiratoire, mais plus faible qu'à gauche, surtout dans le tiers inférieur. Les forces sont revenues et l'appétit est excellent. L'enfant est par conséquent en bonne voie de guérison.

Dans cette observation, on peut évidemment douter de l'exactitude du diagnostic, quant à la nature du liquide épanché, et je regrette d'avoir été empêché de faire une ponction exploratrice. Cependant l'état général du petit malade et les signes physiques me font admettre l'existence d'un épanchement purulent qui aura probablement été résorbé en partie. Chez cet enfant, il y avait surtout absence complète de la pectoriloquie aphone, signalée par Bacelli et Gueneau de Mussy comme existant toujours dans les épanchements séreux.

Dans ce cas, je me demande si l'épanchement n'a pas subi la métamorphose caséeuse du pus qui, d'après Uhle et Wagner résulte de la résorption du sérum et de l'atrophie simple, parfois graisseuse ou bien de la calcification partielle des corpuscules purulents. C'est cette espèce de métamorphose que l'on a appelée tuberculisation du pus (1). Il est à remarquer, du reste, que le côté malade est plus mat que le côté sain, et je pense qu'il y a à craindre, pour l'avenir, le développement d'une tuberculisation secondaire.

Comme on le voit, la résorption partielle du pus n'est pas exempte de danger; complète, elle peut aussi parfois donner lieu à la tuberculose. Nous savons en effet que, d'après les belles

(1) Uhle et Wagner, page 562.

expériences de Villemin, de Klebs et de Conheim, l'introduction de détritus caséeux dans l'organisme peut entraîner la tuberculose miliaire. Or c'est là une des conséquences qui pourraient résulter de la résorption de l'épanchement purulent. On lit en effet dans le *Traité d'histologie pathologique* de Rindfleisch : « Le pus n'est pas toujours évacué au dehors. A tout » moment, la dégénérescence graisseuse peut envahir ses cel» lules et le rendre apte à être résorbé ; il l'est en effet assez » souvent. Quelques observations toutes récentes ont fait voir » que des abcès très-anciens, déjà caséeux, restés longtemps » stationnaires, peuvent encore se résorber. Dans ces cas, la » matière caséeuse pénètre par très-petites particules dans le » système sanguin ou lymphatique, et peut, comme nous le » verrons plus tard, engendrer la tuberculose miliaire » (1). Dans ces cas il est probable que la matière caséeuse agit à titre d'irritant sur l'organisme débilité. En résumé, la présence du pus dans la plèvre et son séjour prolongé constitue, par lui-même, un danger réel, considérable, et si à cela on ajoute que l'obstacle mécanique apporté aux fonctions du poumon, du cœur, etc., expose les enfants à de graves inconvénients, on sera persuadé qu'il importe d'évacuer cet épanchement le plus tôt possible, sinon on sera exposé à voir mourir les petits patients dans le marasme le plus complet, comme j'en ai eu dernièrement un exemple bien regrettable. Il s'agit, dans ce cas, d'une petite fille, Jeanne V... âgée de 3 ans. Cette enfant tomba malade au mois de mars 1875 et fut atteinte d'une pleurésie à droite. Tous les moyens furent mis en usage pour favoriser la résorption de l'épanchement, et en désespoir de cause, je proposai aux parents la thoracentèse, qui fut carrément refusée. Au commencement du mois de mai, je pus cependant faire une ponction exploratrice au moyen d'une seringue de Pravaz, et je retirai du pus jaunâtre de la cavité pleurale droite. Ce côté était très-volumineux, tous les symptômes d'un épanchement puru-

(1) *Traité d'histologie pathologique*, par le Dr Édouard Rindfleisch ; traduit de l'allemand par le Dr Frédéric Gross, p. 102.

lent étaient manifestes. Du reste, grâce à la ponction exploratrice, le diagnostic n'était pas douteux. J'insistai vivement près des parents pour qu'ils me permissent d'évacuer ce pus, mais c'était malheureusement des gens fanatiques et ignorants et je me heurtai à un refus formel.

» Mourir pour mourir me répondait la mère; j'aime mieux qu'elle meure de sa belle mort, sans opération; ce sera un ange au ciel. » On changea de médecin et l'enfant fut martyrisée bien inutilement par des vésicatoires, de la teinture d'iode et d'autres moyens médicaux. Au mois d'août, le père vint me prier d'aller revoir son enfant : elle était à l'agonie; je voulus, malgré tout, essayer la thoracentèse, mais, comme la première fois, la mère mit son veto, et deux jours après ma visite l'enfant s'éteignit dans le marasme le plus complet. Le côté droit était beaucoup plus volumineux que le gauche, les espaces intercostaux étaient très-élargis, le foie était considérablement abaissé, et le cœur battait à gauche près de la ligne axillaire. Certainement cette pauvre enfant avait de grandes chances de guérir, si on avait pu évacuer le pus qui devait être accumulé en grande quantité dans la cavité pleurale.

Cette évacuation, lorsque l'art ne l'exécute pas, la nature, en bonne mère qu'elle est, se charge très-souvent de la produire. Le pus assemblé dans la plèvre chemine dans la direction où la résistance est la plus faible, c'est-à-dire que d'habitude il fuse vers l'extérieur, perfore la paroi thoracique ou le poumon, et est ainsi évacué au dehors. J'ai eu l'occasion d'observer, il y a deux ans, un cas d'empyème guéri par évacuation du pus à travers les bronches. C'était au mois d'août 1874, chez un petit garçon âgé de 4 ans et demi. Lorsque je l'examinai pour la première fois, il était malade depuis six semaines; il était excessivement amaigri et pâli; l'appétit était complétement nul. Le côté droit était très-dilaté et immobile; de nombreuses veines superficielles le parcouraient. En arrière, la matité était complète; on constatait facilement l'absence de vibrations thoraciques et de respirations à la base. Dans la fosse sus-épineuse, il existait un souffle amphorique intense. Bref, un épanchement purulent des plus évidents faisait rapidement dépérir l'enfant.

Je proposai le thoracentèse qui fut refusée par les parents. Je conseillai alors un régime tonique et le séjour de l'enfant à la campagne. Quelques jours après, en allant voir le malade, le père m'apprit qu'il avait failli mourir la nuit précédente, et qu'il avait rendu un énorme quantité de pus, ce qui l'avait soulagé. J'examinai l'enfant et je constatai chez lui tous les symptômes d'un pneumothorax. Pendant longtemps l'état du petit malade continua à être très-grave; comme il expectorait constamment dn pus et qu'il avalait la plus grande partie de ses crachats, il était miné par une diarrhée abondante qui menaça plus d'une fois de l'emporter. Pendant tout l'hiver son état resta le même; ce ne fut qu'au mois de février qu'un peu d'amélioration commença à se montrer. Au mois de mars cette amélioration était évidente; la toux et l'expectoration avaient pour ainsi dire disparu; l'embonpoint commençait à revenir, l'appétit était meilleur; les couleurs de la figure faisaient leur apparition; les cheveux cessaient d'être lainageux, bref il était en bonne voie de guérison. Cette guérison s'accentua de jour jour, mais ce ne fut qu'au mois de juin qu'elle fut tout à fait complète.

Je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer un empyème guéri par évacuation du pus à travers les parois thoraciques; j'ai seulement assisté au début d'un abcès pleurétique qui voulait s'ouvrir au-dessous de la clavicule, dans le troisième espace intercostal. Dans ce cas, l'intervention de l'art a empêché l'ouverture de cet abcès et procuré une guérison rapide. Dans tous les cas, voici ce qui se passe lorsque la nature, par ce moyen, fait tous les frais de la guérison. Le côté malade, qui, d'habitude, est augmentée de volume et dont les veines sont dilatées, devient œdémateux et si sensible que l'enfant ne peut supporter une légère pression; bientôt une saillie apparaît dans l'un ou l'autre espace intercostal; le plus souvent, c'est à la partie antérieure et supérieure de la cage thoracique qu'elle se montre; elle a son siége de prédilection près de la mamelle. Cette tumeur, souvent réductible pendant l'inspiration, est fluctuante et plus ou moins douloureuse à la pression.

Bientôt elle s'ouvre, laisse échapper un flot de pus, et alors un trajet fistuléux s'établit. Ce trajet persiste plus ou moins longtemps; on l'a vu persister pendant plusieurs années et parfois la guérison, toujours très-lente, est le résultat de cette évacuation spontanée, quand des accidents de putridité ne se développent pas et n'entraînent pas la mort. Quoi qu'il en soit, dans les cas de guérison, il en résulte toujours un rétrécissement considérable de la poitrine avec inclinaison de la colonne vertébrale du côté malade. Cette déviation disparaît du reste, plus tard, en employant les moyens hygiéniques convenables.

Cette évacuation du pus par la nature est trop rare et trop incertaine pour qu'on puisse en tenir compte, d'autant plus que le pus, au lieu de se frayer une voie à travers la paroi thoracique ou le poumon, peut aussi bien arriver dans les médiastins ou la cavité abdominale et produire ainsi une mort plus ou moins rapide. On trouve dans le tome II de la *Revue des sciences médicales* de Hayem, le résumé d'une observation d'empyème communiquant avec le muscle psoas et pénétrant de là dans le canal rachidien. Dans ce cas, il s'agissait d'un enfant de dix ans, chez lequel un empyème gauche, après avoir passé par une orifice fistuleux, derrière le ligament cintré du diaphragme, dans le muscle psoas, avait formé un abcès dans l'intérieur de ce muscle et avait de là pénétré dans le canal rachidien; le point de départ avait été une pleurésie purulente qui, développée spontanément, était restée latente; puis subitement l'enfant avait été pris de paraplégie avec paralysie de la vessie et du rectum; il vécut 19 jours. A l'autopsie on trouva la face externe de la dure-mère spinale, jusqu'au niveau du renflement brachial, couverte d'une épaisse couche de lymphe brunâtre, mélangée de flocons de pus jaunâtre. La face interne de la dure-mère était saine, aussi bien que les autres membranes et la moelle elle-même.

On suppose que le pus avait fait irruption dans le canal rachidien par les trous de conjugaison qui donnent passage aux branches du plexus lombaire.

L'orifice qui faisait communiquer la plèvre et le psoas laissait passer une petite sonde (1).

Comme on le voit, le pus une fois formé dans la plèvre, l'évacuation en est indispensable pour la guérison, et c'est d'ailleurs le processus pour ainsi dire constant des guérisons spontanées. Mais ce processus est trop rare, trop incertain pour qu'on puisse en tenir sérieusement compte, et je suis persuadé que l'expectation est bien plus dangereuse que l'intervention active du médecin. Quand même la nature s'efforce de faire les frais de guérison ; quand bien même elle tend à porter au dehors le produit de la suppuration, cette intervention active est encore nécessaire, car, dans ces cas, l'enfant est alors en proie à une suppuration très-longue qui l'épuise et l'anéantit. Aussi lit-on avec étonnement dans le *Traité des maladies des enfants* de Vogel, qu'il n'a jamais eu recours à la thoracentèse. Il est vrai que quelques lignes plus loin, on peut lire que, dans un cas d'ouverture spontanée d'une collection purulente pleurale chez un enfant, « la fistule que cet abcès laissa à sa suite ne se ferma » qu'au bout de *quelques années* et se rouvrit à plusieurs re» prises (2). » Je pense que dans ce cas une intervention active eût empêché la fistule et eût par conséquent, soustrait l'enfant aux dangers inhérents à toute suppuration d'une aussi longue durée. Il faut aussi tenir compte de ceci : c'est que l'empyème survient surtout chez des enfants anémiques, débilités, qu'une médication active quelconque, révulsive, diurétique ou purgative, ne ferait que rendre plus profond et plus sérieux l'état anémique, et quand nous aurons ajouté que l'expectation peut produire l'altération de la plèvre et déterminer des adhérences et l'imperméabilité du poumon, nous en arriverons à poser hardiment ce principe : *dans toute pleurésie purulente ou de nature douteuse chez l'enfant, l'évacuation directe et rapide du liquide par les moyens chirurgicaux, convient seul. Ces moyens doivent-être mis en pratique sans retard, car la temporisation est toujours*

(1) Extrait du *the Dublin journal of medicine science*, avril 1873. — Hayem, *Revue des sciences médicales*, t. II, p. 167.

(2) Vogel. *Traité élémentaire des maladies de l'enfance*, p. 320.

funeste et désastreuse. Ce sont ces moyens que nous allons maintenant passer en revue.

L'évacuation des collections purulentes de la plèvre, vieille comme Hippocrate, peut se pratiquer aujourd'hui de trois manières :

1° Par incision ;

2° Par ponction simple que l'on fait souvent suivre d'injections modificatrices au moyen de tubes à demeure dans la plèvre ;

3° Par succion des liquides ou ponction aspiratrice.

Nous passerons rapidement en revue les deux premières méthodes, et nous nous arrêterons tout spécialement sur la ponction aspiratrice.

Déjà dans les siècles les plus reculés, on ouvrait la poitrine lorsqu'il s'y était formé des collections de pus. La découverte de l'opération de l'empyème se perd en effet dans la nuit des temps et paraît être due au hasard. Sprengel dans son *Traité de l'histoire de la médecine* rapporte en effet que « un certain Phaléreen, Jason de Phérée ou Prométhée le Thessalien, (ces trois noms lui sont donnés par les historiens), était atteint d'un ulcère au poumon, déclaré incurable par les médecins ; réduit au désespoir il cherchait à se faire tuer dans un combat, lorsqu'au contraire il y trouva la guérison ; le fer ennemi lui ayant fait à la poitrine une ouverture par laquelle le pus s'écoula » (1).

Hippocrate et ses disciples pratiquaient cette opération de trois manières :

1° Par ustion. Ce procédé consistait à ouvrir un espace intercostal par le fer rouge.

2° Par incision d'un espace intercostal au moyen du bistouri. C'est le procédé qui est encore en usage de nos jours.

3° Par perforation d'une côte. Quelques disciples d'Hippocrate paraissaient tellement redouter l'évacuation complète de l'épanchement, qu'ils aimaient mieux perforer une côte que

---

(1) Sprengel. *Histoire de la medecine*, t. IX, article *Empyème*.

d'inciser un espace intercostal, parce qu'il était plus facile de boucher une ouverture faite à un os.

De ces trois procédés, le second seul est resté et est encore employé de nos jours ; l'incision d'un espace intercostal, en effet, est formellement indiquée dans certains cas de pleurésie purulente : nous en verrons les indications plus loin.

La ponction simple s'exécutait au moyen d'un trocart que l'on plongeait tout bonnement dans un espace intercostal. Depuis Vincent Drouin, qui paraît être l'auteur de cette modification, jusqu'à Reybard, on enfonçait tout simplement un trocart ordinaire dans la cavité pleurale, sans se préoccuper de l'introduction de l'air. Reybard perfectionna la méthode, en entourant le trocart d'une baudruche mouillée qui, s'appliquant sur l'ouverture de l'instrument, empêchait l'entrée de l'air. Trousseau fut, de nos jours, le grand vulgarisateur de cette méthode. Grâce à lui, la thoracentèse, pour ainsi dire tombée dans l'oubli, reprit force et vigueur ; l'attention des praticiens fut vivement attirée sur ce sujet : on chercha, on perfectionna le procédé, et enfin on en arriva à la méthode aspiratrice.

Les modifications apportées à la ponction par le procédé de Reybard ont d'abord consisté dans l'introduction d'un tube à demeure dans la cavité pleurale. Ce tube permettait l'écoulement continuel du pus et les lavages ou injections de la cavité. Plus tard, M. Chassaignac proposa le drainage du foyer purulent. Ce procédé, qui consiste à introduire un drain en caoutchouc dans la cavité pleurale et à le faire sortir dans le même espace intercostal, à 6 ou 10 centimètres de distance, a pour résultat de pratiquer deux ouvertures fistuleuses au lieu d'une. Il permet l'écoulement facile et continu du pus. On peut faire ainsi des injections modificatrices qui trouvent un écoulement, comme dans une irrigation ordinaire.

A ce drainage, M. Potain a substitué la ponction et le lavage continuel de la plèvre, au moyen du siphon. Ce procédé, décrit dans tous les ouvrages récents, vaut mieux que ses prédécesseurs ; il permet l'écoulement facile du pus, le lavage complet de la plèvre, et les injections modificatrices sans introduction de l'air. Il est certainement très-utile ; mais il a le défaut de pro-

duire une fistule pleurale. De plus, il est très-difficile de maintenir la sonde dans la cavité pleurale, et l'on est très-souvent obligé de mettre une canule dans la fistule de la plèvre, ou à drainer, d'après la méthode de M. Chassaïgnac.

Depuis quelques années, à ces différents procédés d'évacuation du liquide pleural est venue se substituer la méthode aspiratrice.

L'idée d'aspirer les liquides morbides date de loin; elle existe depuis bien des siècles, puisqu'on attribue à Galien l'invention du premier aspirateur. Depuis le pyulque de Galien jusqu'aux aspirateurs perfectionnés de nos jours, le nombre d'instruments construits dans le but d'extraire les liquides pathologiques, surtout les liquides de la plèvre, est très-considérable.

Tour à tour pronée avec enthousiasme, puis rejetée de parti pris, la succion des liquides était en définitive peu employée, en raison des dangers dont elle paraissait entourée. Ces dangers semblaient provenir des dimensions relativement volumineuses des trocarts, qui les rendaient impropres, si pas dangereux, à être introduits dans des organes délicats. De plus, les instruments aspirateurs peu perfectionnés ne pouvaient produire qu'un vide successif et très-imparfait. « Trocart volumineux et « aspirateurs très-imparfaits, tel était, dit Dieulafoy, le vice hé- « réditaire des instruments qu'on avait de tout temps appliqués « à l'aspiration des liquides » (1).

C'est ce qui a fait dire aussi à Trousseau, à propos d'une paracentèse du péricarde, que : « il est sans profit d'essayer des « diverses manœuvres qu'on a essayées pour l'évacuation du « liquide, l'usage des pompes aspirantes n'étant d'aucun se- « cours, et compliquant d'une manière fâcheuse l'appareil opé- « ratoire » (2).

Depuis qu'à des trocarts volumineux ont succédé des aiguilles creuses d'une extrême finesse, et dont la piqûre est pour ainsi dire inoffensive; depuis que, dans les instruments perfectionnés, la force d'aspiration permet d'extraire de l'organisme les liquides

---

(1) Dieulafoy. *Traité de l'aspiration*, p. 460.

(2) Trousseau. *Clinique médicale*, p. 723, t. I, édit. 1861.

les plus épais au moyen de ces aiguilles creuses ou de ces trocarts capillaires, la thoracentèse par succion est entrée dans la pratique; elle est même employée très-fréquemment. C'est surtout dans la pleurésie purulente des enfants que cette méthode rend des services extrêmement importants. Habituellement, en effet, la pleurésie purulente traitée par les moyens ordinaires ne guérit qu'après la formation d'une fistule pleuro-cutanée; au contraire, l'aspiration au moyen d'une fine aiguille creuse, dont le passage dans les tissus est parfaitement inoffensif, évite la formation de ces fistules.

Appliquée au traitement de la pleurésie purulente des enfants, la succion des liquides peut s'employer seule, comme le préconise M. Bouchut, dans plusieurs articles publiés dans la *Gazette des hôpitaux*. Cette pratique offre des inconvénients, surtout dans la clientèle civile; elle exige beaucoup de temps et un nombre parfois considérable de ponctions. Tous les praticiens savent combien une pleurésie purulente a de ténacité; tous savent aussi que, si la plupart du temps il suffit d'une seule ponction pour débarrasser un malade d'un épanchement séreux, il n'en est pas de même d'une pleurésie purulente, dont le liquide reparaît avec une rapidité étonnante; aussi plusieurs ponctions sont-elles nécessaires. Il est vrai que la facilité de l'opération, la finesse de l'aiguille et l'innocuité de la ponction, permettent de répéter l'opération et d'y revenir jusqu'à épuisement complet du liquide.

Cependant le traitement de la pleurésie purulente par ces ponctions successives, sans tentatives de modifications des surfaces sécrétant le pus, ne me semble pas bien rationnel, et les bénéfices que l'on en retire me paraissent, dans certains cas, être très-problématiques et fort passagers. Dans les cas aigus, lorsque la pleurésie purulente est d'origine assez récente, une ponction simple peut parfois être suivie de succès : on cite des faits certains de guérison obtenue par ce moyen. Mais si l'épanchement se reproduit en abondance, si, à plus forte raison, la pleurésie est chronique et plus ou moins compliquée, si, en un mot, la plèvre est doublée de fausses membranes, je pense qu'il est indispensable alors de recourir au lavage de la plèvre

et aux injections iodées pour tenter de modifier la vitalité actuelle des parois malades.

En effet, dans la pleurésie purulente chronique, la plèvre est transformée en un véritable kyste suppurant, et la guérison ne peut s'obtenir que par la modification des parois de ce kyste et l'accolement de celles-ci. La méthode de l'aspiration répétée entretient le travail de la suppuration, sans rien faire pour l'entraver; l'épanchement se reforme avec une grande rapidité, au grand détriment de l'organisme, lequel s'altère de plus en plus. Pour la guérison, il s'agit d'obtenir l'adhésion des parois du kyste pleural. A cet effet, il faut non-seulement favoriser le rapprochement de ces parois et les mettre en contact, en vidant la cavité purulente, mais il importe aussi de modifier les parois de ce kyste suppurant, de favoriser le pouvoir résorbant de ces parois; or, ceci ne s'obtient que par les lavages complets des plèvres, et par des injections de liquides modificateurs. La méthode des injections dans la cavité thoracique remonte à Hippocrate; elle n'a été bien appréciée que dans ces derniers temps, et c'est à coup sûr une des conquêtes de la chirurgie moderne que l'emploi de la teinture d'iode dans la pleurésie purulente. Mais, pour qu'elle atteigne le but qu'on se propose, il faut, autant que possible, laver préalablement et avec grand soin la cavité pleurale au moyen d'un liquide capable d'entraîner au dehors le pus qu'elle contient; les chances de succès sont d'autant plus grandes que l'évacuation de celui-ci est plus complète. Aussi, jamais, dans ma pratique, je n'ai recours à des injections iodées dans la pleurésie purulente, sans avoir vidé et lavé la cavité pleurale de la manière la plus complète et la plus attentive. Le liquide qui m'a servi pour cette opération est tout simplement de l'eau très-pure et tiède.

Cette nécessité d'apporter de puissantes modifications dans la vitalité des parois pleurales suppurantes est tellement urgente, tellement impérieuse, que M. Bouchut qui, le premier et, dans la suite, plus que tout autre, a tant contribué à vulgariser la méthode aspiratrice comme traitement de la pleurésie chez les enfants, a été forcé, la plupart du temps, après un nombre plus ou moins grand de ponctions simples, de recourir

aux injections et aux lavages des plèvres, injections et lavages qui venaient puissamment en aide à la succion des liquides.

En résumé, évacuer la cavité malade et en modifier la vitalité à l'aide d'injections de liquides médicamenteux, voilà, à mon avis la conduite à tenir lorsque l'on a à traiter une pleurésie purulente chez l'enfant. Autrefois on le faisait à ciel ouvert, aujourd'hui, grâce aux aspirateurs, on peut l'effectuer à l'abri du contact de l'air. C'est la méthode que j'ai chaque fois employée avec succès dans les cas de pleurésie purulente que j'ai eus à traiter.

Les instruments aspirateurs se comptent aujourd'hui par dizaines. N'ayant jamais employé et ne connaissant du reste que les aspirateurs de Dieulafoy et de Potain, je ne parlerai que de ces deux instruments.

Le petit aspirateur à encoche de Dieulafoy est assez connu depuis 1870; je crois donc inutile d'en faire une description détaillée. Il est composé d'un corps de pompe dans lequel on fait le vide et d'aiguilles creuses et fines, destinées à être introduites dans les tissus à la recherche du liquide. Ces aiguilles d'habitude au nombre de quatre ont des diamètres différents.

L'aiguille n° 1 a un demi-millimètre; le n° 2 a un millimètre; le n° 3 a un millimètre et demi; le n° 4 a deux millimètres de diamètre.

L'aiguille n° 1 sert surtout aux ponctions exploratrices. C'est l'aiguille n° 3 qui me sert d'habitude pour les épanchements pleurétiques purulents ou autres.

Cet aspirateur de petit calibre a l'inconvénient de donner trop lentement issue aux liquides. Je sais bien que la trop grande rapidité de l'écoulement n'est pas chose indifférente; toutefois la lenteur a ses limites; elle est trop considérable avec l'aspirateur à encoche. C'est ainsi que pour vider une cavité pleurale renfermant cinq litres et demi de liquide, il nous a, un jour, fallu plus de trois heures, à M. Wehenkel et à moi. De plus, un autre inconvénient, plus grave celui-là, c'est que la canule plongeant dans la poitrine est une aiguille, aiguisée, acérée à son extrémité; elle peut donc blesser les organes contenus dans les cavités où elle est plongée. Je suis le premier à recon-

naître combien la piqûre de ces aiguilles capillaires est d'habitude inoffensive; mais l'on doit éviter de blesser le poumon lorsqu'on peut faire autrement. Du reste je ne suis pas bien convaincu de l'innocuité *absolue* de ce traumatisme. Quand j'aurai ajouté que la manœuvre de cet instrument pendant quelques heures est très-fatigante, on comprendra pour quelles raisons, dans les cas d'épanchement considérable, l'emploi de l'aspirateur de Castiaux ou de Potain me parait préférable.

En voici la description empruntée en grande partie au traité de Dieulafoy. Il se compose d'un vase quelconque à goulot où l'on peut faire le vide. Dans le goulot vient s'adapter un bouchon en caoutchouc, traversé au centre par une tige creuse métallique à double conduit, communiquant avec le récipient. A sa partie supérieure, cette tige se bifurque en deux branches munies chacune d'un robinet qui, suivant la direction qu'on leur donne, permettent à l'air d'être extrait par la pompe, et au liquide d'entrer dans le récipient qui communique avec le trocart au moyen d'un tube en caoutchouc, dont l'extrémité est munie d'un ajutage en verre, permettant de reconnaître la nature du liquide aspiré. Ce tube est mis en rapport avec une tubulure latérale dont est munie la canule du trocart de Potain. Cette canule porte un robinet dans lequel se meut la tige du trocart, de manière que, ce trocart retiré jusqu'à un cran marqué sur la tige, on n'a qu'à fermer le robinet pour empêcher l'air de pénétrer dans la poitrine. Le liquide intra-thoracique se précipite alors dans la canule, passe dans la tubulure latérale, et de là dans le vase où le vide a été établi.

La pompe de l'appareil est foulante et aspirante à volonté; et comme on peut adapter au tube traversant le bouchon et en rapport avec la cavité pleurale un tube en caoutchouc ou en verre de manière à le faire communiquer avec le fond du flacon il en résulte qu'avec la seringue devenue foulante, on peut injecter des liquides médicamenteux dans la cavité qu'on a d'abord vidée de son produit morbide. Dans ce cas, il faut avoir soin de bien fixer le bouchon au goulot de la bouteille au moyen d'un bout de ficelle. Avec cet appareil, les inconvénients de l'aspirateur Dieulafoy disparaissent. En effet, le vase, dans

lequel on fait le vide, peut avoir une capacité considérable ; la trop grande lenteur de l'écoulement n'existe plus ; en outre, il ne faut plus de ces manœuvres fatigantes, de ces coups de piston répétés qu'exige l'aspirateur Dieulafoy et, point capital, il n'y a plus aucune crainte de léser le poumon.

Quant à la ponction elle-même, elle se fait dans le cinquième ou le sixième espace intercostal, sur la ligne axillaire, ou un peu en arrière de cette ligne. Si l'on se sert des aiguilles de Dieulafoy, comme elles sont assez flexibles, il est prudent, lorsqu'on les enfonce dans les tissus, de leur imprimer un mouvement de rotation, afin de les faire pénétrer plus facilement et d'empêcher qu'elles ne se plient. Pour les trocarts, un coup sec suffit pour arriver dans la cavité pleurale. On est du reste averti lorsqu'on pénètre dans la cavité, car alors on sent parfaitement que la pointe de l'instrument est tout à fait dégagée et libre.

Nous verrons plus loin que l'aspiration pratiquée suivant les règles prescrites est pour ainsi dire inoffensive et que ses suites directes n'exposent l'enfant à aucun danger sérieux.

ANESTHÉSIE PRÉALABLE PAR LE CHLORAL.

Si peu importante que soit la piqûre, si minime que soit la douleur qu'elle produit, il n'en est pas moins vrai que, du moins chez les enfants, elle doit entrer en ligne de compte. Le médecin est souvent embarrassé ; le succès de l'opération peut être même compromis par l'agitation considérable et les cris violents qui en sont la conséquence. La ponction de la peau pourrait à la rigueur s'exécuter sans douleur en anesthésiant préalablement le point à ponctionner, comme en a eu l'idée M. Blachez, en 1867 ; mais la ponction des tissus sous-cutanés, les frottements de la canule contre le poumon, les différents mouvements que l'on est parfois obligé d'exécuter pendant l'aspiration, produisent de la douleur ; or l'anesthésie locale ne remédie pas à ce grand inconvénient. Les faits que j'ai observés me permettent d'affirmer qu'il est très-difficile de continuer l'opération chez l'enfant, de la conduire à bonne fin ; car non-seu-

lement l'enfant se débat violemment, pousse des cris effrayants. mais les parents gagnent peur, croient leur enfant en danger, pensent que l'opération est plus grave qu'elle n'est en réalité, et rejettent obstinément une nouvelle ponction, si elle devient nécessaire.

« Supprimer la douleur et les angoisses du patient qui doit « se soumettre à une opération, dit M. Willième, a toujours « paru un bien si désirable, que de tout temps les chirurgiens « se sont mis à la recherche du précieux talisman qui devait « les conduire à ce but. (1) » Cette suppression de la douleur est surtout importante dans la médecine des enfants, là où il s'agit d'êtres qui ne raisonnent pas, qui s'effraient de tout, et qui, une fois alarmés, ne se calment pas facilement. Cette suppression est surtout importante à obtenir dans l'aspiration des liquides morbides, où il s'agit de mettre à l'abri de toute mauvaise chance d'introduction de l'air et d'éviter la blessure, le froissement d'organes délicats.

Sous ce rapport, dans la médecine infantile, le chloral administré par les voies digestives est un moyen précieux. A haute dose, il produit non-seulement un effet hypnotique comme chez l'adulte, mais encore une véritable anesthésie. Cette propriété de faire disparaître la sensibilité, tour à tour attribuée ou refusée au chloral, est aujourd'hui incontestable. Le chloral a une action évidente sur l'appareil nerveux sensitif, et on pourrait admettre, jusqu'à un certain point, qu'il est anesthésique à la manière du chloroforme. Dans le sommeil chloralique des enfants, en effet, la perte de la conscience est parfaitement établie ; mais les muscles respirateurs et cardiaques ne cessent jamais d'agir. La contraction des muscles de relation qui persiste encore est purement automatique. Selon Bouchut, le pouls devient souvent petit, serré, fréquent; sa tension augmente. Le sommeil qui est généralement obtenu au bout d'une heure et graduellement est calme, profond ; il est accompagné quelquefois de ronflements ; il dure plusieurs heures et parfois même

(1) *Compte-rendu du Congrès médical de Bruxelles*, p. 106.

une journée après l'opération. Cette prolongation n'a rien d'inquiétant; elle est même utile. Cette méthode d'anesthésie me paraît d'une innocuité parfaite; elle est d'une grande commodité et d'une grande facilité d'exécution.

Bouchut qui, dans son service des enfants, a donné le chloral au moins dans trois cents cas, préfère l'administrer par la bouche, et jamais il n'a vu d'accidents se produire. « Il n'en « est pas de même, dit-il, pour la muqueuse rectale. Les lave« ments et les suppositoires au chloral donnent lieu à la rec« tite » (1). Giraldès non plus n'a jamais constaté l'action délétère du chloral sur la muqueuse gastro-intestinale. Il est vrai que, d'un autre côté, M. Oré, de Bordeaux, redoute les effets topiques et locaux de cet anesthésique sur la muqueuse stomacale.

Quand les voies digestives sont en bon état et que l'enfant digère bien, je suis persuadé que le chloral n'a, la plupart du temps, aucune action sur cette muqueuse. Parfois cependant, il donne lieu à un sentiment de chaleur, à une douleur plus ou moins intense et à une surexcitation de l'organe. Par action réflexe, on peut aussi voir survenir de la salivation, des nausées et des vomissements. Si, le plus souvent, le chloral ne produit pas d'effet sur la muqueuse d'un estomac bien portant, il ne doit pas en être de même dans une maladie aussi grave, aussi sérieuse que la pleurésie purulente; il faut alors tenir compte de l'état de l'estomac et de sa tolérance. Dans ce cas, les voies digestives laissent énormément à désirer, l'enfant digère très-mal, ou il ne digère pas du tout; il vomit très-facilement. Il y a donc là, le plus souvent, un embarras gastro-intestinal qu'il ne faut pas perdre de vue, et alors le chloral, administré par la bouche, pourrait donner lieu à des accidents d'irritation qui se traduiraient par des phénomènes douloureux et des vomissements. Si l'on ajoute à ces raisons, d'un côté la répugnance naturelle qui porte l'enfant à refuser énergiquement une potion au choral dont la saveur est extrêmement désagréable; de l'autre, la facilité qu'on a de passer à l'enfant un petit lavement

---

(1) *Compte-rendu du Congrès médical de Bruxelles*, p. 190.

qu'il conserve et absorbe, on comprendra facilement le motif qui m'a toujours fait choisir la voie rectale, d'autant plus que la solution d'hydrate de chloral est absorbée entièrement et très-rapidement; elle ne perd rien de son activité. Quant à la rectite, je n'ai pas encore eu jusqu'ici l'occasion de l'observer. Chez cinq petits malades anesthésiés plusieurs fois par des lavements au chloral, un seul s'est plaint le lendemain d'un peu de cuisson à l'anus et d'une envie fréquente d'aller à la selle. Ce léger inconvénient a du reste disparu rapidement et ne s'est plus reproduit par la suite.

Quant à la dose, elle varie évidemment avec l'âge. La dose moyenne a été en général de 2 à 3 grammes pour mes opérés. Cette dose a toujours été dissoute dans une petite quantité de solution gommeuse additionnée de 2 à 3 gouttes de laudanum. On fait ainsi un petit lavement que les enfants gardent facilement.

TRAITEMENT MÉDICAL.

Il ne suffit pas d'avoir enlevé une collection purulente de la plèvre ; ce n'est là que le traitement de l'altération matérielle ; il faut aussi s'occuper de la maladie proprement dite, de l'état général des petits malades. Les moyens hygiéniques et le régime ont une grande importance dans le traitement de la pleurésie purulente. Je suis persuadé que, sans le traitement médical, la succion des épanchements purulents n'a aucune chance d'aboutir à la guérison. L'état général des enfants atteints de pleurésie purulente est toujours très-mauvais ; leur organisme est détérioré par suite de cette immense suppuration de la cavité pleurale et par suite aussi de l'absorption lente des éléments liquides du pus par les parois du foyer purulent. C'est pour combattre ce mal, qu'il faut recourir à un régime très-substantiel et à l'emploi de toniques analeptiques. On recommandera donc le séjour à la campagne ; on administrera aux enfants des viandes saignantes, des vins généreux, des chlorures alcalins. Le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue m'ont paru rendre dans l'occurrence des services signalés. En somme, il faut soutenir les forces

du petit malade par un régime, une nourriture analeptique proportionnée à ses forces digestives.

Chez les enfants, la déformation du thorax ne persiste pour ainsi dire jamais, grâce à la croissance et à la force de réparation dont est doué l'organisme à cet âge. La gymnastique viendra, dans ces cas, utilement en aide à la nature. Laënnec a surtout attiré l'attention des médecins sur ce rétrécissement de la poitrine et l'a parfaitement décrit. Chez les enfants, cette déformation prend souvent des proportions considérables; mais une fois la guérison obtenue, la difformité disparaît rapidement. Cette difformité du reste est favorable à la guérison, et c'est probablement une des raisons pour lesquelles la pleurésie purulente guérit plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. Elle diminue, en effet, la cavité suppurante, elle vient ainsi en aide au poumon qui en se dilatant progressivement tend aussi à diminuer cette capacité.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Guéniot lit un rapport au sujet d'un travail de M. Mandillon, de Bordeaux, qui avait présenté à la Société deux observations très-intéressantes.

La première a trait à un cas de **dystocie par suite d'allongement œdémateux des lèvres du col, avec prolapsus utérin.** Le vagin se trouvait obstrué par deux tumeurs qui faisaient en même temps saillie hors de la vulve: l'une située en avant, l'autre en arrière de cet orifice. Elles étaient constituées par un gonflement énorme des lèvres du col œdématié. Le travail fut très-long, et le chirurgien de Bordeaux fut obligé de terminer l'accouchement à l'aide du forceps.

La seconde observation de M. Mandillon a pour sujet un enfant de 4 jours, auquel il a pratiqué, avec succès, au moyen du thermo-cautère, l'ablation d'un **sarcome congénital.**

Drainage abdomino-vaginal dans un cas de phlegmon du ligament large. — M. Gillette rapporte l'observation d'une malade qu'il a eu l'occasion de traiter à l'hôpital Beaujon, pour un phlegmon du ligament large.

Il s'agit d'une jeune négresse de 25 ans qui fut prise, après une première couche, d'un phlegmon du ligament large du côté gauche, avec tous les symptômes classiques de cette affection. Quand la malade fut soumise à l'observation du Dr Gillette, le phlegmon s'était étendu au petit bassin, avait contourné la partie antérieure de la vessie, et s'était ouvert dans cette cavité. La paroi abdominale était assez amincie pour qu'on pût sentir nettement la sensation de flot au niveau de la collection.

M. Gillette intervint en pratiquant une première ouverture sur la paroi abdominale, et une contre-ouverture au niveau du cul-de-sac antérieur du vagin ; puis, il fit communiquer ces deux orifices par un gros drain.

Des lavages réguliers détergèrent rapidement le foyer, et facilitèrent l'écoulement du pus ; enfin, grâce à ce traitement énergique, et aux pansements assidus qui devaient en assurer l'effet, l'amélioration survint rapidement, et, en quelques semaines, la malade était complètement guérie. M. Gillette donne, avec raison, cette observation comme une preuve de l'efficacité réelle du drainage abdomino-vaginal dans les cas de phlegmons du ligament large.

(*Séance du 27 février 1878*).

Dr J. Guinand.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Le Dr Matthews Duncan a présenté un utérus dont le corps était infiltré par le cancer, et dont le « cervix uteri » restait intact. La chose la plus remarquable dans ce cas était le fait de l'infiltration uniforme du cancer dans toute l'étendue du corps de l'utérus.

Le Dr Robert Barnes a montré aussi un exemple de cancer de l'utérus chez une femme morte dernièrement à l'hôpital Saint-Georges. Elle avait souffert assez longtemps d'hémorrhagies continues, avec des intervalles d'un écoulement composé d'eau et de sang qui caractérise le cancer. Tout d'un coup les symptômes de perforation se sont montrés, et la malade est morte avec tous les signes d'une péritonite. A l'autopsie, les intestins et la vessie étaient adhérents à l'utérus. Le corps de l'utérus était complètement envahi par la dégénérescence. Il y avait deux siéges de perforation : l'un, entre l'utérus et, le rectum ; l'autre, entre l'utérus et le péritoine. Cette dernière fut la cause de la mort.

Le Dr Barnes fit remarquer que, dans ces cas, l'ouverture dans le péritoine est extrêmement rare.

Le Dr West fit remarquer que ces deux cas présentaient un grand

intérêt, en ce qu'ils démontraient que le cancer peut occuper le corps de l'utérus tout en laissant intact le col de cet organe.

Le Dr Godson montra un utérus cancéreux d'une femme qui souffrait de douleurs extrêmes dans la région pelvienne, mais qui ne présentait aucune apparence anormale dans l'examen au spéculum. L'intérieur de l'utérus contenait du cancer infiltré dans la membrane muqueuse de l'utérus. A l'autopsie, on ne trouva rien autre chose que la dégénérescence de la muqueuse de l'utérus.

Le Dr Murray fait remarquer l'absence de douleurs dans les cas des Drs Duncan et Barnes. A présent, il a un cas du cancer de l'utérus où les douleurs sont très-marquées.

Le Dr Barnes dit que, quand le cancer occupe le corps de l'utérus, les douleurs sont ordinairement peu appréciables.

Le Dr Chambers montra une grande tumeur fibro-cystique qui occupait la région iliaque droite ; une autre partie de la tumeur était contenue dans la cavité de l'utérus. Il avait fait une laparotomie et extirpé les tumeurs, avec l'utérus entier et les deux ovaires, dans l'après-midi du 6 février. A sept heures du soir la malade se portait bien. Le pouls était à 56. Il avait transfixé la pédicule avec de la corde, en laissant une ouverture dans l'abdomen d'où sortaient les extrémités de la corde pour tenir lieu de drain. Quoique la tumeur fût assez solide, il n'y avait aucune adhérence aux organes abdominaux.

Le Dr Roper a montré une portion d'intestin qui avait fait issue à l'extérieur par l'ouverture ombilicale, chez un enfant de 17 jours. Le cordon ombilical s'était gangrené et une ulcération s'était produite, par laquelle était sorti l'intestin qui, à son tour, devint gangréneux. L'enfant mourut dix-sept jours après sa naissance.

Le secrétaire a lu un travail du Dr Mac Callum sur l'hôpital d'accouchement de Montréal. L'hôpital se compose de deux salles chacune contenant quatre lits ; il y a 120 accouchements par an. Dans dix ans, 995 accouchements, avec 8 décès. On se servit du forceps dans 13 cas chez des primipares ; dans 5 cas chez des multipares. Dans 1 cas on fit la crâniotomie. Dans le Canada les rétrécissements pelviens sont rares. L'auteur fait remarquer qu'en pressant toujours sur l'utérus immédiatement après la sortie de l'enfant il n'y a pas eu d'hémorrhagies. Il y eut 7 femmes atteintes de convulsions puerpérales : toutes ont guéri ; l'albuminurie fut constatée dans 6 des 7 cas d'éclampsie.

Le Dr Roper fit observer que, dans la Maternité royale de Londres, sur 10,000 accouchements, il n'a vu que 1 cas de manie puerpérale.

(*Séance du* 6 *février* 1878.)

Dr Fancourt Barnes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Etude de physiologie expérimentale sur la ligature du cordon, par le Dr Paul Hélot, chirurgien en chef de l'hospice général de Rouen.

Les auteurs d'accouchements sont divisés sur la question de savoir si la ligature du cordon doit être pratiquée tardivement ou d'une façon hâtive.

En 1875, sur les conseils de M. Tarnier, M. Budin et, après lui, M. Kohly firent une série d'expériences qui leur démontrèrent qu'en faisant hâtivement la ligature du cordon, on prive le fœtus d'une quantité de sang notable, qu'ils évaluèrent à environ 92 grammes, d'où la conclusion émise par M. Budin : « *qu'on ne doit pratiquer la ligature du cordon ombilical qu'une ou deux minutes après la cessation complète des battements de cette tige.* »

Les expériences de M. Budin furent reprises par M. Hélot et par M. Brunon, interne des hôpitaux de Rouen, mais sous une forme un peu différente.

MM. Hélot et Brunon ne se contentèrent pas, comme l'avait fait M. Budin, de prendre le poids de l'enfant, aussitôt après son expulsion de la matrice et quelques minutes après qu'il avait respiré librement, pour se rendre compte de la quantité de sang gagnée par le nouveau-né pendant les deux ou trois minutes qui suivent la naissance. Ces auteurs eurent recours à la numération des globules du sang, par le procédé de M. Hayem. M. Hélot a fait la numération des globules rouges du sang après la ligature hâtive et après la ligature tardive; il a toujours vu le nombre des globules considérablement augmenté par la ligature tardive. Le nombre des globules rouges le moins élevé que l'auteur ait trouvé comme moyenne des numérations successives faites sur un enfant, après la ligature hâtive, est de 4,551,782; le plus élevé est de 5,750,000.

Après la ligature tardive, le nombre le moins élevé a été de 4,983,347 ; le plus élevé, de 7,474,375.

Ce qui donne, en moyenne, 5,080,715, pour représenter le nombre des globules dans la ligature hâtive, et de 5,983,347, pour la ligature tardive, ce qui fait une différence de 902,632, soit près d'un million.

M. Hélot résume son travail de la façon suivante :

« I. — *Il résulte des expériences faites par MM. Budin, Kohly, Brunon et nous-même, que l'écoulement du sang qui se fait par le bout placentaire du cordon est beaucoup plus abondant après la ligature hâtive qu'après la ligature tardive.*

« II. — *Nos expériences personnelles ont démontré, par des pesées et par la numération des globules rouges du sang, que la ligature tardive fait acquérir à l'enfant une notable quantité de sang, dont il eût été privé par la ligature hâtive.* »

Comme conséquence pratique, il résulte de ces expériences qu'on doit, dans les cas normaux, rejeter complètement la ligature hâtive et attendre, pour lier le cordon, que la respiration soit parfaitement établie depuis quelques instants.

Le très-intéressant mémoire de M. Hélot, en venant confirmer les opinions émises précédemment par M. Budin, permet donc aux accoucheurs de se former une idée exacte sur le moment où l'on doit exécuter la ligature du cordon. Reste à savoir, au point de vue clinique, quels sont les avantages de la ligature hâtive. C'est à l'observation de décider la question.

A. Leblond.

REVUE DES JOURNAUX.

Du traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la dilatation du col; par le Dr A. Murillo (*Revista medica de Chili*, año 5, n° 6. *London medical Record*, 15 février 1878).

Nous avons fait connaître, il y a près de deux ans, le traitement proposé par le Dr Copeman (de Norwich), contre les vomissements incoercibles, et qui consiste à pratiquer une dilatation partielle de l'orifice externe du col utérin. Nous reproduisons aujourd'hui une observation dans laquelle ce traitement a de nouveau été appliqué avec succès.

Il s'agit d'une femme âgée de 22 ans, qui fut prise de vomissements incoercibles vers le troisième mois de sa grossesse. Elle était très-débilitée lorsqu'elle fut admise à la Maternité de Santiago; le pouls était fréquent, petit; la peau sèche et chaude; l'estomac ne pouvait retenir aucun aliment.

Après avoir inutilement essayé tous les traitements habituellement employés, le Dr Murillo se décida à pratiquer la dilatation du col, conseillée par Copeman, avant de provoquer l'avortement. Il introduisit le doigt dans le canal cervical jusqu'au niveau de l'orifice interne, et l'y maintint pendant deux minutes; il administra ensuite, à la malade, de la glace et des lavements additionnés de pepsine et d'acide chlorhydrique. Une légère amélioration se produisit, et l'estomac put conserver quelques aliments. La même manœuvre fut renouvelée quatre fois à deux jours d'intervalle. Au bout de quinze jours,

l'amélioration était notable et la malade put digérer ses aliments, et arriver, sans autres complications, au terme de sa grossesse.

Dr Lutaud.

Observation d'imperforation anale compliquée de fistule vésico-vaginale; par le Dr G. Hill (*Boston medical and surgical Journal*, 10 janvier 1878).

L'auteur a récemment présenté à la Société médicale de Strafford (New-Hampshire) un cas d'atrésie anale, accompagnée d'une fistule vésico-vaginale qui avait tenu lieu d'anus artificiel pendant un grand nombre d'années, sans qu'on ait pu connaître la véritable nature du vice de conformation. Celui-ci fut découvert fortuitement par le Dr Hill, en pratiquant un examen au spéculum.

La patiente, qui fait le sujet de cette observation, est mariée et mère de sept enfants. Le périnée est très-étroit, et le siége de l'anus n'est indiqué que par une petite dépression de la peau. En pratiquant le toucher vaginal, on découvre, sur la paroi postérieure et près de la vulve, un orifice qui admet facilement l'introduction du doigt indicateur. Il semble même qu'il existe autour de cet orifice fistuleux, une espèce de sphincter, car le doigt peut percevoir une sorte de contraction.

Il s'agit très-probablement d'une fistule accidentelle, et la malade en fait remonter la formation à une date ancienne. Elle raconte qu'étant jeune fille, elle tomba d'un arbre sur une branche qui pénétra dans le vagin, et produisit une déchirure qu'elle ne voulut pas laisser examiner par le médecin de sa famille. En présence de ce refus, celui-ci s'était borné à faire placer un tampon huilé dans le vagin, afin de prévenir les adhérences. La malade avait été assez habile pour dissimuler l'existence de la fistule à son mari et à son médecin qui l'avait cependant accouchée plusieurs fois.

Dr Lutaud.

VARIÉTÉS

A propos de l'avortement spontané. — Nous avons reçu de M. le Dr Charpentier la lettre suivante, que des circonstances connues de l'auteur nous ont empêché de publier plus tôt. Il n'y sera répondu qu'une chose : c'est que si M. Charpentier a des faits probants par devers lui, il est à regretter qu'ils n'aient pu trouver place dans son

rapport; mais il lui est encore loisible de les produire, puisque, la discussion reste toujours pendante.

Paris, 17 décembre 1877.

Mon cher ami,

Vous vous souvenez bien certainement de la séance de la Société de médecine légale, où M. Gallard et vous d'un côté, moi de l'autre, rapporteur de la commission nommée par la Société, nous avons discuté à propos du nouveau signe (la rupture des membranes) que M. Gallard présentait comme preuve de l'avortement provoqué.

Vous vous souvenez sans doute aussi que M. Gallard fit renvoyer la discussion, en invoquant la nécessité d'un supplément d'instruction.

Médecin de l'hôpital de la Pitié, M. Gallard, dans sa clinique, a le droit absolu d'enseigner à ses élèves ce qu'il veut, et de soutenir toutes les opinions; mais il n'a pas le droit de me prêter des idées absolument contraires aux miennes, en empruntant à mon mémoire sur les hémorrhagies puerpérales un passage qui ne se rapporte nullement à la question en litige.

Il en a d'autant moins le droit que, lors de la première discussion à la Société de médecine légale, j'ai (voyez pages 282, 284, 290, Bulletin de la Société, 1873-1874) déjà répondu à l'objection que M. Gallard tirait de ce passage.

Et voilà que je la vois reparaître de nouveau dans sa clinique (voy. *Annales de Gynécologie*, décembre 1877, p. 443).

Permettez-moi donc de rétablir le passage dans son entier.

Parlant du diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta, j'ai écrit (pages 63 et 64 de mon mémoire sur les *hémorrhagies puerpérales*) :

« Lorsque le placenta est sorti, on peut facilement reconnaître qu'il y a eu insertion vicieuse : d'abord, d'après le point où se sont rompues les membranes; puis, d'après les altérations du placenta.

« Lorsque le placenta est inséré au fond de l'utérus, la rupture des membranes se fait à la partie déclive, c'est-à-dire à la partie en contact avec l'orifice interne, du moins le plus habituellement. Il en résulte que le sac représenté par l'œuf sera, dans ce cas, ouvert à l'extrémité opposée au placenta, et que si le placenta a été extrait doucement, de façon que les membranes soient restées intactes, ce sac présentera des parois de dimensions à peu près égales, formant ainsi une sorte de bourse dont le placenta formera le fond, l'ouverture des membranes correspondant à l'orifice de la bourse.

« Mais il est loin d'en être ainsi quand le placenta est inséré centre pour centre, mais surtout s'il est inséré seulement sur le segment inférieur et près du bord du col. Dans le premier cas, en effet, *les membranes ont de la peine à se rompre spontanément, et ce sont, pour la plu-*

part du temps, les doigts du chirurgien, ou un instrument guidé par sa main, qui rompent les membranes, soit en passant au travers du placenta, soit en décollant un de ses bords. Il est donc facile d'en retrouver la trace.

« Mais, lorsque l'insertion est marginale, l'aspect est alors caractéristique, » etc., etc.

Si vous avez 17 faits pour vous, j'en ai, depuis la discussion, recueilli pour ma part 9. Sur ces 9 faits d'avortement, 4 sont pour vous, 5 pour moi, et je vous les soumettrai quand vous le voudrez.

Je maintiens donc, cher ami, mes conclusions en entier, et il me reste à vous prier de vouloir bien insérer cette rectification dans votre premier numéro, en vous assurant de mes meilleures amitiés.

Dr CHARPENTIER, professeur agrégé à la Faculté.

Tamponnement intra-utérin.

Monsieur et très-honoré confrère,

Il est certain cas, vous le savez, où il est bon de faire un **tamponnement intra-utérin** et dans ces cas on est ordinairement assez embarrassé.

En effet, si on se sert, comme je l'ai vu faire, d'un simple morceau de ouate, longuement et péniblement durci en pointe par les doigts, on n'est pas toujours assez heureux pour faire pénétrer du premier coup ce petit cône dans un col même largement dilaté à la suite de métrorrhagies de longue date.

Je crois qu'il pourra être utile à un certain nombre de confrères de connaître un moyen commode et rapide pour fabriquer un tampon légèrement conique, qui réunisse en même temps les conditions de solidité nécessaire pour son introduction et de flexibilité telle qu'il ne soit jamais un danger pour le col ou pour le fond de l'utérus.

Voici ce moyen qui est d'autant plus commode qu'il se trouve dans presque toutes les poches de nos confrères contemporains et que, dans tous les cas, on peut se le procurer très-facilement aujourd'hui dans tous les bureaux de tabac.

Une allumette-bougie, ordinaire, dans les cas simples, plus longue si cela est nécessaire, et privée de son extrémité phosphorée par un coup de ciseaux, est la partie nécessaire.

Alors, on enroule autour, très-facilement, un peu de ouate en lui donnant la forme d'un cône que l'on imbibe ou non d'un médicament (perchlorure de fer ou autre). Après avoir bien essuyé la ouate pour exprimer le superflu, on saisit la grosse extrémité de ce petit cône avec une pince et on le porte dans l'utérus avec autant de faci-

lité que possible ; on le fixe ensuite au moyen d'un tamponnement vaginal bien fait.

Ce tampon conique est en même temps assez rigide pour être introduit facilement et asssez flexible pour suivre sans difficulté les trajets sinueux de certains utérus fléchis.

Dr C. MIGNON.

Les maternités en Angleterre. — Il n'existe, en Angleterre, qu'un très-petit nombre de grandes maternités. On a reconnu depuis longtemps, dans ce pays pratique, les dangers de l'agglomération pour les femmes en couches, et on a reconnu également que les frais nécessités par le séjour de l'accouchée dans un établissement spécial, sont plus élevés que ceux qui résultent d'un accouchement pratiqué à domicile.

Tous les grands hôpitaux ont un service d'obstétrique qui est fait par les élèves et les médecins qui se rendent au domicile des parturientes. Au point de vue de l'enseignement clinique, ce système présente des inconvénients, mais les avantages qu'il présente au point de vue sanitaire sont tellement considérables, qu'on ne peut hésiter à l'adopter.

Indépendamment des services hospitaliers, il existe plusieurs institutions utiles inspirées par la charité privée dans le but d'assister les femmes en couche. Parmi les plus importantes de ces sociétés, nous citerons la *« Royal maternity Charity »* qui fonctionne depuis 1757, et qui assiste environ trois mille femmes chaque année. Les accouchements sont pratiqués à domicile par des sages-femmes, et un certain nombre de médecins sont chargés d'instruire les sages-femmes, de surveiller le service médical, et d'intervenir dans les cas de dystocie. MM. les Drs Hall Davis, H. Gervis et G. Roper, sont attachés à cette institution.

Nous avons sous les yeux le Rapport annuel de la « Royal Maternity charity » pour 1877, et les quelques chiffres que nous allons en extraire montreront, jusqu'à l'évidence, les avantages que présente le système anglais au point de vue sanitaire et économique.

Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant :

Nombre des accouchements		3,069
Garçons		1,633
Filles		1,466
Naissances multigémellaires		30
Mort-nés		102
Décès...	Mères	6
	Enfants	15

Les 6 cas mortels ont été attribués aux causes suivantes :

Péritonite puerpérale	2
Placenta *prævia*	1
Hémorrhagies *post partum*	1
Eclampsie	1
Embolisme	1

Six morts sur 3,069 accouchées! Ce chiffre est vraiment insignifiant lorsqu'on le compare aux tables de mortalité qui nous sont fournies par les grandes maternités. Au point de vue économique, les avantages sont également considérables, même lorsqu'il faut fournir aux parturientes le linge, les médicaments et les aliments.

Nous insistons particulièrement sur les avantages présentés par ce système, qui serait susceptible d'être largement appliqué en France aussi bien qu'en Angleterre.

Dr LUTAUD.

Fœtal thérapeutics (Thérapeutique fœtale), par le Dr Alfred M'CLINTOCK. — Sous ce titre, l'auteur a lu, devant la section d'obstétrique au congrès annuel de la *British medical Association*, tenu à Manchester, au mois d'août 1877, un travail que nous trouvons reproduit dans le *Bristish medical Journal* du 13 octobre 1877 et dont voici les conclusions :

1° Il est aujourd'hui admis que certaines maladies, telles que la syphilis, la rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre intermittente, etc., contractées par la mère, *postérieurement* à la conception sont susceptibles de se transmettre au fœtus.

2° Des expériences faites avec soin ont démontré que des médicaments divers, administrés à des femmes pendant la grossesse, peuvent influencer le fœtus, et être retrouvés dans le sang et dans les secrétions de ce dernier.

3° Des observations cliniques établissent le fait, que l'on peut obtenir des effets thérapeutiques chez le fœtus, lorsqu'on administre certains médicaments, aux mères pendant un temps suffisant avant le moment de la parturition.

Fleetwood Churchill, — Le 31 janvier 1878 est mort le Dr Fleetwood Churchill chez son beau-fils, le Rev. Dr Mead, à Ardtrea, Tyrone, Irelande. Il vécut avec son beau-fils à la campagne depuis le moment où il s'était retiré de la pratiquemédicale, à Dublin, il y a quatre ans.

Les dernières années de sa vie ont été passées dans la douce et paisible retraite d'un pasteur de village. Il souffrait malheureusement beaucoup d'une arthrite rhumatismale chronique.

Bien qu'il ait passé sa vie à Dublin, Churchill était d'origine anglaise. Il était né à Nottingham. Il a fait ses études à l'Université d'Edimbourg, où il fut reçu docteur en médecine en 1831. Alors, il s'en alla à Dublin où, avec le concours du Dr Speedy, il établit un petit hôpital d'accouchements, le « Western Lying-in Hospital. » Il publia bientôt son livre sur « *La théorie et la pratique des accouchements*, » qui a eu de nombreuses éditions. Ce livre, qui fut pendant des années le livre le plus estimé sur ce sujet en Angleterre, est un résumé savant des opinions des divers auteurs d'obstétrique de tous les pays. Il a écrit aussi un Traité sur les maladies des enfants, qui a eu plusieurs éditions. Les travaux de Churchill ont été publiés aussi en Amérique. Il a traduit, en 1849, des travaux sur la *fièvre puerpérale* pour la « Sydenham Society, » qui publie tous les ans des traductions des œuvres célèbres de tous les pays. En 1874, au Congrès du « British Medical Association, » à Norwich, il a eu l'honneur mérité d'être élu président de la section obstétricale. Malheureusement, l'état de sa santé ne lui a pas permis d'y assister. Le travail qu'il avait préparé sur l'hygiène des hôpitaux d'accouchements, a été lu par le sous-président. Ce travail attira l'attention de tous les obstétriciens. En 1848, l'Université de Dublin a délivré à Churchill le titre de docteur en médecine, *honoris causâ*, et le Collége des médecins de Dublin l'a nommé membre honoraire. En 1856, il a succédé au Dr Montgomery comme professeur d'accouchement au Collége.

Deux fois la Société obstétricale de Dublin l'a élu président. En 1867-68, il fut président du Collége des médecins de Dublin. Bien des sociétés savantes étrangères lui ont décerné le titre de membre honoraire.

Tout le monde aimait Churchill ; son caractère était excellent. Pour ses confrères étrangers qui visitaient Dublin, il était toujours d'une hospitalité et d'une gracieuseté parfaites ; l'auteur de cette note n'oubliera jamais l'accueil bienveillant que lui a fait le Dr Churchill en 1874. Churchill posséda, pendant de nombreuses années, une clientèle considérable. Depuis le jour, en 1875, où il se retira à Ardtrea, il n'a plus visité Dublin. Par ses travaux et la pureté de sa vie il s'est fait une réputation qui durera longtemps. Quant à ceux qui ont eu le bonheur de le connaître, ils garderont toujours pour lui un souvenir de respect et d'affection sincère.

FANCOURT BARNES.

Nomination. — M. le Dr P. Ménière (d'Angers), professeur libre de Gynécologie à l'École pratique de la Faculté de Paris, vient d'être nommé *officier d'académie*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Untersuchung ueber den Einfluss der gesteigerten mütterlichen temperatur in der Schwangerschaft auf das Leben der Frucht (*Recherches sur l'influence de l'élévation de la température dans la grossesse sur la vie du fœtus*), par RUNGE, *Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 16. Expérimentation sur des lapines.

Die vaginitis emphysematosa oder Colpohypuperplasia cystica nach Winckel (*La vaginite emphysémateuse ou hyperplasie cystique du vagin*), par ZWEIFEL. *Arch. f. Gyn.* t. XII, p. 39.

Ueber Kunstliche Fruhgeburt bei engem Becken (*Sur l'accouchement prématuré artificiel dans l'étroitesse du bassin*), par DOHRN. *Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 53. Travail établi sur 32 observations recueillies à la Maternité de Marbourg.

Zur Behandlung der Bauchhöhlenschwangerschaft (*Sur le traitement de la grossesse abdominale*), par GUSSEROW. *Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 75, Au huitième mois de la grossesse on fit la parotomie et on retira un enfant mort pesant 1750 grammes. La malade se rétablit mais était menacée d'une phthisie.

A propos de ce succés remarquable, le professeur de Strasbourg cite la thèse de Van Cauwonberghe et de Ketter et le travail du professeur Depaul sur les grossesses extra-utérines.

Bemerkungen überdie Frequenz der Dammverlitzungen und des engen Beckens in der Gebäranstalt München (*Remarquez sur la fréquence des déchirures du périnée et de l'étroitesse du bassin à la Maternité de Munich*), par le professeur HECKER. *Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 99. Ce travail principalement statistique est établi sur le dépouillement d'une masse d'observations dont 5913 concernent des primipares et 8,606 des multipares.

Les Annales de Gynécologie ont reçu :

Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes, par le Dr MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine. Première partie : Pathologie générale. 1 vol. gr. in-8 : 6 fr.

La seconde partie traitant de chacune des affections en particulier paraîtra dans le courant de l'année. Germer Baillière, éditeur. Paris, 1878.

Lehrbuch der Geburtshulfe für aerzte und studirende, par Otto SPIEGELBERG, directeur de la clinique et de la policlinique gynécologique à l'université de Breslau.

Ettopia intestinale ed istero-epilessia vinta colle pillole di Meglin, par Carolina LUPPI et Teresina REGGIANI.

Livmoderens leie, par le Dr VEDELER.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUELQUES DONNÉES SUR LA FONCTION PHYSIOLOGIQUE DE L'AMNIOS. CAS DE RUPTURE DE CETTE MEMBRANE PENDANT LA GROSSESSE. CHOROITIS CHRONICA.

Par le Dr Alexis Lebedeff,
Interne à la clinique d'accouchement de Saint-Pétersbourg

(Travail du laboratoire de la clinique d'accouchement du professeur K. Slavjansky, de l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg).

L'observation que nous allons publier est un cas de modification pathologique de l'amnios, examiné par moi. L'intérêt scientifique de ce fait consiste, en ce qu'il jette quelque lumière sur une période de la vie embryonaire, jusqu'à présent inconnue par la raison qu'elle est inaccessible à l'expérimentation physiologique. C'est donc à l'examen minutieux des cas pathologiques qu'incombe la tâche d'éclaircir ces ténèbres.

Dans le cours de grossesses pathologiques on a déjà constaté

plusieurs cas de rupture partielle de la poche des eaux, rupture n'atteignant que l'amnios, tandis que le chorion et la decidua reflexa conservaient leur intégrité entière. Le professeur Braun(1), de Vienne, a décrit deux cas pareils, l'un en 1852 et l'autre en 1862. Dans les deux cas l'amnios rompu fut trouvé tordu en corde et enlaçait le cordon ombilical, de manière à exercer sur ses vaisseaux une compression assez forte pour produire dans le premier cas un arrêt dans le développement de l'enfant, ayant déterminé la mort de ce dernier, quelques minutes après sa naissance. Dans le second cas la même cause eut pour résultat la naissance d'un enfant mort d'asphyxie, quoique 8 jours avant on eût parfaitement constaté les battements du cœur.

Le cas que j'eus l'occasion d'observer est sous beaucoup de rapports identique à ceux de Braun, mais présente cependant quelques particularités de haute importance. Au mois d'octobre 1876 la nommée Eudoxie Koroleff se présenta à l'asile des femmes en couche de la communauté des sœurs de charité, placée sous la haute protection de Son Altesse Impériale Madame la Grande Duchesse Alexandra Petrowna. La femme Kov, âgée de 27 ans, est en travail de son cinquième accouchement. Je passerai sous silence les détails de cet accouchement quoiqu'il fût intéressant sous différents rapports. Qu'il suffise de savoir que la grossesse fut triple, deux garçons et une fille. Le cordon ombilical de l'un des garçons, du second par ordre de naissance, était si court, qu'il se cassa dans la cavité utérine, au moment de la sortie de l'enfant. Cette rupture n'eut point pour suite une hémorrhagie du bout maternel du cordon.

Le poids et les dimensions des nouveau-nés étaient les suivants :

---

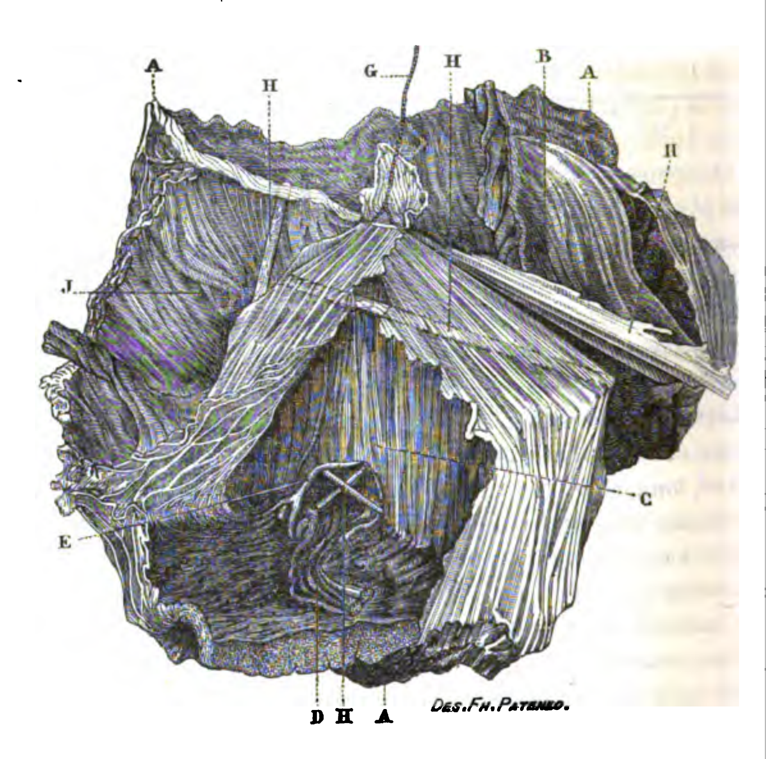
(1) *Oesterreich. z. für prakt. Heilk.*, 1865, nos 9 et 10.

Numéros par ordre de naissance des enfants.	Sexe.	Poids.	Du sommet de la tête à l'ombilic.	De l'ombilic à la plante des pieds.	Dimensions de la tête.						Diamètre biacromil.	Diamètre bitrochanterique.	Diamètre sterno-vertébral.
					Diamètre occipito-frontal.	Diamètre occipito-mental.	Diamètre mento-bregmatique.	Diamètre bipariétal.	Diamètre bitemporal.	Circonférence de la tête.			
N° 1.	fille	1950	25*	20	9	10.5	9.5	7	6.5	30	8.5	7	6.5
N° 2.	garçon	2400	23	18	10.5	12.5	11.5	9	7 5	32	11	8.5	7
N° 3.	garçon	2800	26	19	11	13	12	9.5	8	34	10	9	7

L'arrière-faix pesait 818 grammes ; il ne contenait qu'un seul placenta commun pour ces trois enfants, mais avec des poches séparées pour chacun d'eux, avec un chorion propre. En examinant ces trois poches, je constatai l'absence de l'amnios dans celle qui contenait le moignon du cordon ombilical cassé, long de 6 centimètres. Les parois de cette poche étaient beaucoup plus épaisses que celles des autres, de sorte que pendant l'accouchement, la rupture artificielle des membranes devint nécessaire. La surface interne de cette poche présentait, même à l'examen macroscopique, des particularités qui fixèrent notre attention. Son aspect était terne, tandis que la surface interne des deux autres poches avait l'aspect luisant, particulier à l'amnios normal. En plaçant la surface en question contre la lumière, de manière que nos rayons visuels y tombassent obliquement, nous y constatâmes, même à l'œil nu, des petites nodosités de la grosseur de grains de pavots, ou plutôt donnant l'impression d'une surface lisse, couverte de poussière.

M. le professeur Slavjansky, à qui je soumis la préparation en question, y trouva les mêmes particularités macroscopiques et me proposa de l'examiner au microscope. En même temps on y constata un certain repli peu grand, au premier aspect parfaitement pareil à tous les replis de membranes. Ce repli, ayant

forme de manchette, entourait l'insertion du cordon dans le placenta et avait 3 centimètres en diamètre. Une tentative faite pour l'étendre ne réussit pas. Sa surface est ridée et concentriquement plissée autour de la racine du cordon. C'est seulement



A, A, A, Arrière-faix.
B, Poche du premier enfant.
C, Poche du second enfant.
D, Moignon du cordon ombilical cassé.
E, Pli en manchette entourant le moignon.
F, Poche du troisième enfant.
G, Cordon réunissant les membranes et servant à suspendre la préparation.
H, H, H, H, Baguettes servant à distendre la préparation.

l'examen microscopique, qui permet de déterminer la nature des éléments hystologiques de la surface interne de la poche en

question et de préciser la structure intime de la portion de membrane disposée en manchette autour de l'insertion du funicule ombilical.

Dans une poche des eaux normale, l'amnios se détache facilement du chorion, c'est là un fait avéré. Il n'est pas rare de trouver dans un arrière-faix nouvellement venu, avant qu'il ait subi quelque lésion mécanique, l'amnios décollé du chorion sur la plus grande moitié de son étendue. Il va sans dire que la plus légère traction suffit pour séparer ces deux membranes. Tandis que dans le cas présent, c'est à grand'peine et seulement en déchiquetant la membrane avec des aiguilles et des pinces à griffes, que je parvins à en détacher quelques rares lamelles. Encore ces lamelles étaient-elles très-épaisses, et comme préparations microscopiques très-grossières, étaient loin d'avoir la finesse nécessaire pour présenter un tableau clair de la structure hystologique des parois de la poche. Après un long et minutieux travail de déchiquettement et de raclage de la surface contiguë à la couche sous-jacente, j'obtins, à la fin, des lamelles assez fines, pour présenter sous le microscope un tableau nettement dessiné des modifications pathologiques dans les tissus en question. Sur cette préparation, colorée au picro-carminate, nous voyons au premier plan la partie de la surface interne de la poche, qui à l'œil nu semblait couverte de nodosités minimes. examinées au microscope, ces nodosités sont reconnues pour des papilles, irrégulièrement disséminés sur la partie observée. Leur forme et leur volume sont si variés, qu'il est impossible d'en donner une idée juste dans ce court exposé. En général elles s'approchent plus ou moins de la forme conique. Dans de rares endroits elles sont assez longues, pour que la compression les ait pliées et couchées à plat. Quelques-unes ont la forme de massue, avec un pédicule très-fin et un bout renflé. La forme conique de ces papilles est de beaucoup plus évidente dans les coupes transversales du chorion, lorsqu'elles tranchent verticalement sa surface. Examiné à un petit grossissement le bord de la coupe présente un aspect onduleux. Même à ce grossissement on voit que cet aspect n'est pas dû au ploiement de la partie

examinée, vu que le tissu fibreux sous-jacent ne suit point ces ondulations et s'étend en plan uni. En augmentant le grossissement tout doute disparaît. On voit clairement que ces papilles sont le produit d'une hyperplasie de cellules disséminées dans la couche du tissu conjonctif du chorion, ce qui se voit surtout sur le bord de la préparation, entre les ondulations qu'on y a constatées. Les coupes transversales donnent une idée assez précise de l'état du tissu conjonctif du chorion. Il a subi des modifications notables, tant dans le nombre que dans la forme de ses éléments cellulaires. Les coupes traversant le chorion en entier démontrent que son épaisseur est presque double de ce qu'il est à l'état normal, par suite de la prolifération de ses éléments. En même temps le volume des fibres, servant de base au tissu conjonctif du chorion, est également considérablement augmenté, de sorte que toute la couche de tissu conjonctif présente l'aspect grossier d'un tissu fibreux ancien, dont les fibres possèdent même le luisant particulier à ce dernier. La surface interne du chorion se présente à nu. Probablement qu'il y existe une couche d'endothélium impossible à constater, et cela parce que notre préparation fut soumise à l'action de l'alcool, dans le but d'en obtenir le durcissement. De cet exposé de l'examen microscopique, il résulte l'absence de l'amnios sur la surface interne de la poche des eaux en question. Nous nous demandons donc qu'est devenu cet amnios, quelles modifications il a subi et s'il n'y aurait point moyen d'en retrouver quelques vestiges ? C'est alors que notre attention se dirigea tout d'abord sur le repli en manchette qui entoure l'insertion du cordon ombilical dans la placenta. Les coupes transversales de cette partie démontrent, d'une manière incontestable, que c'est la membrane amniotique avec ses cellules d'épithélium cylindrique aplaties et sa couche de tissu conjonctif fibreux peu accusée. Dans les coupes transversales les contours des cellules sont peu saillants, leur protoplasme est granuleux. La couche de tissu conjonctif est sans modifications. Il est donc évident que le pli en manchette est tout ce qui reste de l'amnios.

Ici surgit la question de savoir à quel moment et sous

quelle influence s'est produit cet état pathologique de la membrane. Pour faire comprendre comment nous sommes arrivés à la solution de cette question, il est indispensable de se rappeler les cas de rupture de l'amnios décrits par Braun et cités par nous. Dans le cours de l'observation clinique qu'il a écrite, cet auteur avait, à l'aide de l'auscultation, constaté, huit jours avant l'accouchement, un enfant vivant, cependant ce dernier était venu mort. Comme de raison ce fait ne donne point le droit de conclure que c'est dans cet intervalle de huit jours qu'eut lieu la rupture de l'amnios, dont la torsion autour du cordon ombilical avec compression consécutive de vaisseaux de cette tige, causa la mort de l'enfant. Il est possible que la rupture ait eu lieu avant l'époque où la femme fut soumise à l'examen obstétrical, mais alors la membrane tordue ne comprimait point encore le funicule. L'auteur n'indique pas même approximativement l'époque de la grossesse où la rupture eut lieu. Mais si nous prenons en considération, que l'amnios deplié présentait presque la même étendue que le chorion et l'absence de modifications pathologiques quelconques dans ce dernier, comme l'indique l'auteur lui-même, nous devons forcément conclure que la rupture ne survint point avant le dernier mois de la grossesse.

D'après Braun, la cause étiologique qui a produit cette rupture est multiple. D'abord il indique la présence au premier temps de la grossesse d'une certaine quantité de liquide albumineux entre l'amnios et le chorion. Ce liquide peut donner lieu à des accumulations partielles, distendre considérablement les membranes et produire des renflements bulleux. En admettant pour l'amnios une résistance diminuée, état souvent commun aux deux membranes et qui conduit à l'écoulement prématuré des eaux; nous aurons deux agents pathologiques parfaitement suffisants pour produire, à l'aide de contractions utérines prématurées, la rupture de l'amnios, de la même manière que survient la rupture prématurée de la poche des eaux en entier.

Autant cette application est plausible pour le cas de Braun,

autant elle est inadmissible pour notre cas. En premier lieu, notre cas diffère sous beaucoup de rapports de celui de Braun, et ensuite nous possédons quelques données pour déterminer d'une façon plus précise et plus naturelle cet état pathologique de l'amnios en question. Comme nous l'avons mentionné, le reste de l'amnios en manchette avait une étendue peu considérable. Cela prouve incontestablement que la rupture se rapporte à une époque éloignée de la grossesse quand la poche des eaux avait un volume très-restreint. L'amnios possède une élasticité assez grande, c'est là un fait avéré. Il s'ensuit naturellement qu'après une rupture partielle, il se détache du chorion et se rétracte vers l'endroit où il adhère plus fortement. Après la rupture partielle de l'amnios, son décollement du chorion est facilité par cette circonstance, qu'au premier temps de la grossesse ces deux membranes ne se trouvent point en contact immédiat, mais sont séparées par une quantité plus ou moins grande d'un liquide albumineux. Nous mettons en relief l'absence de modifications dans la couche de tissu conjonctif de l'amnios et nous concluons que sa rétraction fut très-limitée. Dans le cas contraire, le microscope aurait constaté des sinuosités dans cette couche, tandis qu'elle est restée parfaitement parallèle à la couche épithéliale, quoique la rétractilité de cette dernière soit beaucoup moindre que celle de la couche du tissu conjonctif. Notre supposition, que la rupture de l'amnios eut lieu à une époque précoce de la grossesse, acquiert encore plus de poids par les modifications pathologiques trouvées dans le chorion : augmentation de volume, présence de tissu conjonctif ancien et développement de papilles sur sa surface interne qui indique une inflammation chronique.

Néanmoins la cause première de la rupture de l'amnios reste encore à résoudre. C'est dans l'examen détaillé de l'enfant développé dans cette poche, immédiatement après sa naissance, que nous trouvons les données nécessaires pour déterminer les déviations pathologiques dans le développement de l'amnios, qui ont conduit à sa rupture. Ces déviations ont laissé sur l'enfant des traces, sous forme d'anomalies de développement,

qui nous permettent de reconstruire toute la marche des modification pathologiques en question.

Ces anomalies se rapportent aux doigts des mains et consistent en ce qui suit. La dernière phalange du doigt indicateur de la main droite et reliée par un mince ruban de peau au médius, tandis que ce dernier est réuni à l'annulaire, au moyen d'une membrane cutanée épaisse. Au bout du doigt indicateur, dont l'ongle est à l'état rudimentaire, se trouve une excroissance charnue de la grosseur d'un pois, finissant par un court filament blanc. Le médius et l'annulaire sont dépourvus d'ongles. Sur la main gauche, entre le petit doigt et l'annulaire on constate au niveau de leurs dernières phalanges également une couche cutanée, tandis qu'entre l'annulaire et le médius et entre ce dernier et l'indicateur, existe une adhérence cutanée totale. Les bouts de ces doigts finissent également en filaments assez courts (longs de 0,5 cent.).

Ces filaments par lesquels finissent les bords des doigts, irrégulièrement développés, sont ce qu'on appelle les fibres de Simonart. Ils relient l'embryon à la surface interne de l'amnios. Le fœtus, suspendu dans le liquide amniotique, est très-mobile et exerce à chaque secousse une certaine traction sur ces adhésions filamenteuses avec l'amnios, ce qui d'un côté empêche le développement régulier des membres, duquel partent ces adhésions, comme cela eut lieu dans notre cas, d'un autre côté peut conduire à la rupture des filaments ou de l'amnios même à l'endroit de leur insertion. Dans cette occurrence, l'amnios ne trouvant point d'appui sur le chorion, dont il est séparé par son contenu albumineux, se rétracte, grâce à son élasticité, et se replie autour de la racine du funicule ombilical.

Ce qui précède nous donne, à ce que nous croyons, le droit de poser les conclusions suivantes :

1° La rupture de l'amnios peut survenir à une époque précoce de la grossesse, après quoi la membrane lésée se décolle du chorion et reste à l'état rétracté jusqu'à la fin de la grossesse. C'est ce qui s'est produit dans notre cas, où le petit volume de

l'amnios, et l'absence de quelques modifications indiquent un retrait considérable de ce dernier.

2° La rupture de l'amnios ne conduit point forcément à celle du chorion, c'est-à-dire à une fin prématurée de la grossesse.

3° Le contact immédiat du liquide amniotique exerce sur la surface interne du chorion ainsi dénudé une action irritante, qui produit une inflammation chronique de ladite membrane, laquelle donne lieu à une hypertrophie générale de cette membrane avec hyperplasie partielle de ses éléments, sous forme de papilles.

4° La rupture de l'amnios, au premier temps de la grossesse, n'exerce aucune influence sur le développement régulier de l'enfant, comme notre cas le démontre en faisant la comparaison entre les chiffres cités et les dimensions et le poids des enfants en général. Aussi l'enfant mâle (d'après notre tableau n° 2), malgré la rupture très-précoce de son amnios, présentait-il un poids beaucoup plus considérable que l'enfant femelle, et atteignait-il presque les dimensions et le poids de l'autre enfant mâle, quoique le développement de ces deux derniers ait eu lieu sous des conditions tout à fait normales.

Il nous semble que le cas présent peut parfaitement être comparé à une expérience physiologique, dans laquelle on aurait de quelque manière rayé l'amnios du nombre des membranes composant la poche des eaux. Donc, on en peut tirer les mêmes conclusions que d'une expérience physiologique. Nous avons, en outre, constaté dans le cas présent une inflammation chronique de la surface interne du chorion, ayant déterminé un accroissement considérable de cette membrane. Jamais on n'a constaté de pareilles modifications dans une poche normale. L'explication de ce fait devient très-facile, si nous nous rappelons que d'après l'analyse de Scherer (1), le liquide amniotique contient beaucoup de matières extractives, comme la créatinine, etc., et peu de phosphates et d'albumine. C'est donc un excretum. Chez

(1) *Zeitschr. für wissensch. Zoologie*. B. I, S. 88.

l'homme mûr toutes les voies destinées à contenir et à rejeter les excreta sont tapissées d'épithélium comme nous le voyons dans les uretères, la vessie, l'urèthre, le rectum, etc. Le tissu conjonctif des organes mentionnés a ceci de particulier, que par suite de l'irritation, produite par le contenu des voies citées, on y remarque une prolifération assez vive de ses éléments ; ces éléments sont peu constants, se détruisent et meurent très-vite et sont remplacés par les éléments sous-jacents. Il est évident que sans ces conditions il ne peut se produire aucune formation inflammatoire quelque peu constante. Autrement se comporte le tissu conjonctif sous l'influence d'une irritation chronique. Il est vrai que le premier effet est le même: une prolifération de ses éléments cellulaires, mais ces éléments donnent un produit constant, de sorte qu'à la fin le tissu en question s'épaissit, ce que nous avons vu sur notre chorion. Tandis que l'amnios se comporte envers l'action irritante du liquide amniotique de la même manière que toutes les voies d'excrétion envers l'action irritante de leur contenu, de sorte que l'amnios garantit le chorion de cette influence nuisible. Sans cela les parois de la poche des eaux devraient acquérir vers la fin de la grossesse une résistance si grande, qu'elles présenteraient un obstacle insurmontable pour la rupture spontanée des membranes, ce qui advint du reste dans notre cas.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA RÉTENTION DE LA TÊTE FOETALE

SÉPARÉE DU TRONC PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Par le Dr Lizé
Ex-chirurgien en chef de la Maternité du Mans.

Dans le sentier déjà si battu de la tocologie, lorsqu'on ne rencontre pas un sujet neuf à traiter, il est bon de choisir

parmi les questions un point limité, de l'envisager sous différents aspects, de grouper en faisceaux les faits importants qui s'y rattachent et d'en tirer finalement des conclusions pratiques. C'est sous l'empire de ces réflexions que nous avons entrepris le modeste travail dont nous venons de donner le titre.

La décollation produite par des tractions violentes ou mal dirigées sur le tronc du fœtus, et la rétention de la tête qui en est la suite, étaient choses assez communes autrefois. Les crochets aigus et les crochets mousses, les tire-têtes de différente espèce abondent dans l'armentarium des accoucheurs du XVIIe et du XVIIIe siècle, ce qui prouve que l'extraction de la tête restée seule était considérée comme difficile et dangereuse à cette époque.

De nos jours, les progrès de l'art obstétrical manifestés surtout par l'invention du forceps et du céphalotribe, ont apporté de grands changements dans tout ce qui concerne la rétention de la tête séparée du tronc. Ce qui était d'une exécution périlleuse s'effectue aujourd'hui, sinon facilement, au moins sans danger pour la majorité des cas.

Ne voulant rien demander aux explications théoriques, nous allons de suite interroger les faits et considérer l'accident en question sous deux aspects distincts, suivant que la tête fœtale est retenue dans l'excavation pelvienne, ou bien au-dessus du détroit supérieur, sans tenir compte de la cause de la décollation, qu'elle soit accidentelle ou provoquée par l'instrument du chirurgien.

§ 1er. — TÊTE RESTÉE SEULE DANS L'EXCAVATION DU BASSIN

OBSERVATION I. — *Tête restée dans l'excavation et extraite avec un doigt.*

Le 27 janvier 1831, une femme multipare, entre à la Maternité, en plein travail depuis trois jours. Les membranes s'étaient rompues prématurément, le bras gauche avait franchi l'orifice utérin. Plusieurs tentatives de version avaient été faites en vain, et quand

elle arrivait à la Maternité, on reconnut une large déchirure intéressant à la fois la partie supérieure du vagin et la portion voisine du col de l'utérus. Les parois utérines au-dessus du point déchiré étant fortement contractées sur l'enfant, opposaient une grande résistance à la pénétration de la main dans la cavité de l'organe. Après quelques heures de repos, on prit le parti d'opérer la détroncation sur le fœtus incontestablement mort. La section du cou fut pratiquée en un instant et avec une extrême facilité ; une traction légère sur le bras sorti permit d'amener le tronc en dehors ; *la tête poussée naturellement ensuite dans l'excavation du bassin, fut extraite sans la moindre peine à l'aide d'un doigt introduit dans la bouche* (1).

Obs. II. — *Tête restée dans l'excavation et extraite avec les doigts.*

Chebeeck, 33 ans, bien conformée, multipare, entre à la Clinique le 28 août (l'année n'est pas indiquée), à cinq heures du matin, à terme. Apparition des premières douleurs et rupture de la poche le 26 août à six heures du soir. Dilatation complète du col. A son arrivée, cette femme avait déjà subi des tentatives de version, le bras droit et l'épaule correspondante du fœtus pendaient au dehors ; le bras gauche accompagnait le droit, mais était moins dégagé des parties maternelles. La tête était au-dessus des pubis appuyée sur la poitrine. La décollation n'offrit aucune difficulté ; après la section du cou, il suffit de tirer un peu sur les bras pour amener le tronc, et après la sortie de ce dernier, *la tête plonge dans le bassin d'où elle est extraite après avoir été prise simplement par la mâchoire inférieure.* Délivrance naturelle. Femme morte le 31 août (2).

Obs. III (personnelle). — *Tête restée dans l'excavation et extraite avec la main engagée tout entière.*

Le 17 février 1861, nous sommes appelé, en toute hâte, rue de la Tannerie, au milieu de la nuit, près d'une pauvre femme, primipare, âgée de 35 ans, en plein travail et ayant près d'elle un médecin et une sage-femme.

---

(1) *Bulletin de la Maternité.*
(2) *Bulletin de la Clinique.*

Un enfant se présentait en position céphalo-iliaque gauche, dos en avant, et il était mort depuis quelque temps. Au moyen de la version, il fut extrait facilement jusqu'au cou, mais la tête dernière résista, parce qu'au lieu d'abaisser le menton pour obtenir un diamètre plus favorable, on opéra des tractions violentes sur le tronc et les épaules, ce qui détermina une déflexion de la tête et permit au diamètre occipito-mentonnier de se présenter malencontreusement. De là, un obstacle invincible, à cause de la disproportion de ce diamètre avec celui de la mère.

Or, comme le fœtus était mort, les tractions déchirèrent les tissus ramollis et la tête demeura seule enfermée dans la cavité vaginale. Après avoir introduit l'index dans la bouche de l'enfant, nous pouvons faire subir à la tête un mouvement de bascule qui permet à son diamètre occipito-frontal de venir dans le plan du diamètre sacro-pubien de la mère. En outre, comme il est impossible de faire sortir cette tête avec les doigts seuls, nous introduisons la main tout entière dans le vagin, et de sa paume embrassant la voûte du crâne fœtal, nous pouvons l'arracher en retirant lentement la main.

Obs. IV (personnelle). — *Tête restée dans l'excavation et extraite avec le forceps.*

Le 15 mars 1865, une femme de 37 ans est apportée à la Maternité du Mans avec une tête de fœtus restée dans l'excavation pelvienne, à la suite de tractions excessives.

L'enfant se présentait par le siége, et comme l'accouchement tardait à se faire, on jugea nécessaire de défléchir les jambes et d'amener au dehors le fœtus jusqu'au cou. Mais arrivé à ce point, la tête dernière résista aux efforts de traction qui furent si violents qu'il en résulta une détroncation. Une application de forceps ayant échoué, cette femme fut vite envoyée dans notre service de la Maternité.

Le toucher apprend que la tête est descendue dans le vagin et qu'elle se présente par la base. Après lui avoir fait subir un mouvement de bascule avec l'index mis dans la bouche, nous appliquons le forceps qui la fait sortir avec une certaine difficulté. La résistance de cette tête provenait de ce que, une fois défléchie, elle se présentait par son diamètre occipito-mentonnier et de ce que le détroit inférieur de la mère, sensiblement rétréci, comme dans les bassins cyphotiques mesurait 89 millimètres dans son diamètre coccy-pubien.

Ce premier groupe de faits comprend évidemment les cas les plus simples, puisque la tête est descendue très-bas dans l'excavation. En effet, la bouche n'est pas loin, et les doigts portés dans sa cavité saisissent aisément la mâchoire inférieure, l'abaissent, font basculer la tête et l'entraînent suivant l'axe des orifices qui doivent être franchis. Cependant quelquefois, il est nécessaire d'introduire la main tout entière pour effectuer l'extraction comme dans l'observation III. En outre, si le volume de la tête est assez considérable ou bien s'il existe un rétrécissement au détroit inférieur, comme dans l'observation IV, l'emploi du forceps devient indispensable pour faire sortir la tête après lui avoir fait éprouver l'évolution qui doit mettre les plus petits diamètres en rapport avec les plus grands diamètres du canal pelvien. Rarement, on sera contraint de la réduire avec le céphalotribe, quand elle est descendue si bas dans l'excavation.

Obs. V. — *Tête restée dans l'utérus ouvert et extraite avec le forceps.*

La nommée H... accouche le 14 avril d'un premier enfant, lorsque dans la nuit du même jour, les membranes d'un second œuf se rompent spontanément et un nouveau travail se déclare. Procidence du bras droit; tentative réitérée de version, mais comme elles sont inutiles, on expédie cette femme vers les salles de la Clinique. Le 27 avril, à neuf heures du soir, la version étant rendue impossible par l'état de rétraction de la matrice, M. le professeur Depaul pratique la détroncation au moyen des ciseaux de Dubois. L'extraction s'accomplit sans difficultés, mais il n'en fut pas de même de la tête qui, *descendue dans l'excavation, roulait dans l'utérus et ne pouvait être saisie.* Après de nombreuses recherches, M. Depaul parvint à atteindre la bouche et à y fixer un crochet mousse, mais le maxillaire inférieur se rompit. Il essaya ensuite de la *craniotomie répétée deux fois* pour diminuer le volume de la tête et en favoriser l'engagement; mais ce qui fait toujours défaut, c'était un point d'appui solide sur cette tête ramollie et putréfiée, si bien que les crochets mousses comme les crochets aigus ne faisaient que dilacérer les parois crâniennes en glissant sur elles et rendaient, par cela même, toutes les tractions infructueuses. A onze heures, M. Depaul cessa ses tentatives qu'il re-

mit au lendemain matin. Après avoir *fait solidement fixer la tête dans le bassin par un aide, il put enfin l'extraire avec le forceps ordinaire.* Mort de la mère le huitème jour.

Obs. VI. — *Tête restée seule dans un utérus dont le col était très-rétracté mais non complètement fermé. Extraction difficile après de longues et fortes tractions.*

Une femme de Belleville, bien conformée, est apportée à l'hôpital des Cliniques, tourmentée depuis longtemps par les douleurs du travail. D'inutiles essais de version avaient été faits par un médecin ; un bras pendait hors de la vulve, l'autre était resté dans le vagin ; le cordon était procident, l'enfant mort. M. Depaul pratiqua l'embryotomie par décollation. Le tronc fut extrait sans difficultés, mais la *tête resta dans l'excavation pelvienne enfermée dans l'utérus, dont le col devint fortement rétracté mais non complètement fermé.* Il a fallu employer de longues et fortes tractions avec les instruments pour amener la tête au dehors. — Les suites de couches furent sans complications.

Obs. VII (personnelle). — *Tête restée dans un utérus dont le col était fortement rétracté, mais non tout à fait clos ; perforation du crâne, extraction avec le forceps.*

La fille J.., domestique, primipare, 22 ans, bien conformée, entre à la Maternité du Mans le 10 février 1860, au milieu d'un travail qui durait depuis trois jours. A son entrée, le bras gauche faisait procidence, l'épaule correspondante était profondément engagée et l'utérus fortement contracté. La version étant impossible, la décollation est exécutée avec les ciseaux de Dubois, puis nous pouvons extraire le tronc, *mais la tête reste seule dans la matrice qui se referme aussitôt.*

Une heure de repos est donnée à la patiente qui est soumise aux inhalations de chloroforme ; au bout de ce temps, l'orifice du col un peu relâché nous permet d'engager successivement les deux branches du forceps.

Quelques tractions sont opérées, et la tête réellement coiffée par le col utérin se présente à la vulve sans pouvoir la franchir. Après avoir glissé les ciseaux de Smellie entre les branches du forceps, nous

perforons le crâne fœtal, ce qui en diminue notablement le volume et permet une extraction facile.

Obs. VIII (personnelle). — *Tête restée dans l'utérus complètement fermé. Expulsion spontanée.*

En 1866, la fille P..., âgée de 25 ans, primipare, bien conformée, se présente à la Maternité du Mans, avec les renseignements suivants : Depuis deux jours, elle était dans les douleurs, le siége s'offrait, mais n'avançait pas. Un médecin assisté d'une sage-femme va chercher les pieds et y exerce des tractions qui font descendre le fœtus jusqu'à la tête. Celle-ci ne sortant pas, les efforts redoublent au point de produire une détroncation. L'utérus ne tarde pas à se refermer complètement, puis du seigle ergoté est vite administré pour hâter l'expulsion de la tête. L'effet qui en résulte est une incarcération encore plus tenace de cette partie fœtale.

C'est en cet état que la fille P... vient à la Maternité dont nous dirigions alors le service.

Après un repos prolongé et quelques inhalations de chloroforme, le col utérin se relâche et en quelques contractions énergiques, la tête est chassée au dehors.

Ce deuxième groupe de faits nous montre la tête fœtale restée seule dans une matrice plus ou moins ouverte ou complètement fermée. Assurément dans le premier cas, le moindre passage permet aux doigts et graduellement à la main de s'introduire dans la cavité utérine, de pouvoir ainsi appliquer sur la tête le céphalotribe et de l'extraire avec le forceps ou les crochets. Mais ce bénéfice de l'introduction de la main et des instruments peut bien être amoindri par d'autres difficultés. Ainsi, comme dans l'observation V, *la mobilité excessive de la tête*, jointe à sa mollesse, empêche de la saisir convenablement et rend son extraction très-laborieuse. Quand la main de l'accoucheur pénètre dans l'utérus avec les instruments appropriés, *il faut donc immobiliser la tête fœtale*, autrement, les tentatives de préhension ou d'extraction peuvent échouer.

Si la tête est bien prise par les instruments comme dans l'observation VI, l'extraction n'est pas encore commode il faut

pour l'achever dépenser une somme d'efforts assez grande.

Il arrive aussi, comme dans l'observation VII, que la résistance qui se manifeste est produite à la fois par la rétraction utérine et le volume de la tête qui peut encore offrir ses diamètres les moins favorables; or pour briser cet obstacle, il est nécessaire de diminuer le volume du crâne avec les ciseaux de Smellie qui sont glissés entre les branches du forceps. Au reste, il n'est pas toujours indispensable de recourir à ce moyen extrême, quand une première application de forceps échoue; les faits abondent en obstétrique pour démontrer l'utilité d'une expectation après une première opération restée infructueuse. Ainsi, sous l'influence de quelques contractions utérines, des changements notables dans les rapports de la tête avec le bassin peuvent rendre très-simple une nouvelle application de forceps, qui aurait pu être cause de graves désordres si on avait persisté dans la première tentative.

Dans le cas où le col utérin est entièrement fermé, si les circonstances n'exigent pas une extraction immédiate, on doit préférer une expectation de quelques heures pendant lesquelles le spasme utérin peut disparaître, la tête effectuer une évolution favorable et s'effiler pour mieux s'engager. C'est ce qui est arrivé dans l'observation VIII où sous l'influence du temps et du chloroforme, le col de la matrice se relâcha, et, les contractions aidant, la tête finit par être expulsée spontanément. Pareil résultat fut aussi obtenu en 1798 par Flamant qui se disposait à intervenir dans une rétention de la tête fœtale, après vingt et une heures de repos, lorsqu'on vint lui annoncer que l'expulsion brusque de cette tête rendait toute opération inutile.

§ II. — Tête restée seule dans la matrice, au-dessus du détroit supérieur

Obs. IX. — *Tête restée dans l'utérus ouvert. Bassin normal. Extraction avec le forceps.*

Le 15 juillet 1874, à dix heures du matin, entrait à la Clinique la nommée W..., multipare, âgée 30 ans et à terme. Le travail débuta par la rupture prématurée des membranes qui s'effectua le 13 juillet. Le 15, le bras droit fit procidence, la main de l'enfant arrivant jusqu'au dehors des organes génitaux. Des tentatives de version ayant été faites sans résultat, on se décide à envoyer la femme à l'hôpital. Après l'avoir laissée en repos quelques heures, M. Depaul pratiqua la détroncation sur le fœtus mort et en position céphalo-iliaque gauche de l'épaule droite. Des tractions faites sur le bras amènent le tronc ; *quant à la tête restée mobile au-dessus du détroit supérieur, ne pouvant l'entraîner avec la main*, M. le professeur Depaul *la fait fixer par un aide au-dessus du pubis, et la saisit avec le forceps pour l'extraire*, ce qui fut exécuté très-facilement.

Suites de couches normales.

Obs. X. — *Tête restée dans un utérus dont le col est rétréci. Bassin normal. Perforation du crâne et extraction avec les crochets.*

Une femme âgée de 39 ans, ayant eu trois enfants, avait eu des pertes fréquentes pendant sa dernière grossesse, ce qui la contraignit à venir se faire soigner à la Clinique. Le toucher démontra qu'il *existait un carcinome assez étendu du vagin et de la portion vaginale du col*, et que le tissu morbide était friable. Pendant ce temps de l'accouchement, le canal cervical, de la longueur du doigt, reste longtemps sans s'effacer, sans se dilater. Du 5 au 9 janvier, il se dilata progressivement, jusqu'à acquérir les dimensions d'une pièce de deux thalers.

Pendant ce temps, l'enfant était mort. Présentation du siége. On procéda à l'extraction. Le fœtus déjà macéré, sortit facilement *jusqu'à la tête qui, séparée du tronc sous l'influence d'une traction ordi-*

naire, resta enfermée dans l'utérus au-dessus du détroit supérieur. Son extraction fut terminée par la perforation du crâne et l'emploi des crochets. Mort le 10 janvier.

Malgré la dilatation assez avancée du col utérin, il a fallu employer une certaine force pour extirper cette tête, parce qu'elle trouvait encore devant elle une résistance causée par le carcinome (1).

Comme on vient de le voir, la tête fœtale peut rester seule dans l'utérus, au-dessus du détroit supérieur, sans être retenue par un obstacle sérieux. Si l'orifice utérin est libre ou dilatable, la main pourra suffire, et comme dans les cas les plus simples indiqués ci-dessus, le menton sera saisi, abaissé et entraîné avec toute la tête dans la direction la plus favorable. Mais, parfois, comme dans l'observation IX, la main seule, même après la rotation de la tête, sera insuffisante et l'application du forceps deviendra nécessaire. Enfin, sans qu'il existe aucun rétrécissement du détroit supérieur, il arrive que la tête est retenue dans la matrice par un obstacle mécanique siégeant au niveau du col, comme dans l'observation X. Mais, si cet obstacle n'est pas assez grand pour empêcher les instruments d'être engagés, la perforation du crâne et les crochets aigus formeront des ressources véritablement précieuses.

Nous n'avons pas donné ici un exemple de rétention de la tête fœtale au-dessus du détroit supérieur, avec occlusion complète du col utérin. Relativement à cette particularité, il faut répéter ce qui a été dit plus haut au sujet de faits plus simples. Une expectation intelligente devra guider l'accoucheur résolu d'attendre la fin du spasme qui ferme le col et qui, à un moment donné, cessera de lui-même. Une fois la porte ouverte, la main pourra pénétrer et agir diversement pour fixer, perforer, broyer, extraire. Dans la majorité des circonstances, il sera inutile de dilater le col de l'utérus avec violence. Ajoutons que ce qui fait la difficulté de la rétention de la tête fœtale dans les

(1) *Observ. de Dietrich. Inaug. Dissert.*, Breslau, 1868.

cas actuels, c'est sa situation beaucoup plus élevée que dans les exemples relatés au premier paragraphe.

Obs. XI (abrégée). — *Tête restée dans l'utérus, au-dessus du détroit supérieur rétréci de 8 centimètres 34 millimètres. Extraction avec la main, la femme étant placée* more bestiarum.

Femme de 43 ans ; quatre accouchements antérieurs. Le 22 novembre 1864, tentatives inutiles de version ; on n'entend pas les bruits du cœur fœtal. Le cordon ombilical volumineux est sans pulsations ; la main gauche fait procidence dans le vagin. Présentation de l'épaule gauche, tête à droite, dos en avant. Promontoire formant une forte saillie ; fœtus très-élevé. C'est à grand'peine qu'on peut atteindre avec le doigt la tête à travers la circonférence du col. Tentatives de version infructueuses. Kuneke pratique la décapitation avec le crochet de Braun.

L'extraction se fit petit à petit et très-difficilement. Dès que l'excavation fut dégagée, on put reconnaître la notable saillie du promontoire, de telle sorte que les *conjugata vera* du détroit supérieur pouvaient être évalués au plus à 8 centimètres 34 millimètres. On éloigna l'idée de nouvelles tentatives *pour l'extraction de la tête qui restait au-dessus du détroit supérieur*, et on abandonna la terminaison de l'accouchement aux efforts de la nature.

Au bout d'une heure de douleurs toujours vives, celles-ci diminuèrent sans que la tête ait été expulsée. Les premières tentatives échouèrent, mais après avoir fait placer la femme *more bestiarum*, *on put extraire la tête de l'enfant par l'introduction du pouce contre la voûte palatine et de l'index dans la cavité orbitaire.*

La malade se portait bien le jour suivant, mais pendant dix jours, elle eut une blennorrhée considérable du vagin (1).

Obs. XII. — *Tête restée dans l'utérus, au-dessus du détroit supérieur rétréci : 7 centimètres 1/2. Perforation du crâne et extraction avec le crochet.*

Elisabeth Bardel, 25 ans, multipare, ayant une bonne constitution ; bassin vicié de 7 centimètres 1/2. Entrée à la Clinique le 18 jan-

(1) *Monatsschrift für Geburtskunde*, p. 59.

vier 1868, à trois heures du matin, à terme. Apparition des premières douleurs le 17 janvier à sept heures du matin. Rupture artificielle des membranes le 19 janvier à dix heures du matin. Nombreuses tentatives de version, chez elle. M. le professeur Depaul pratique la détroncation qui offre de sérieuses difficultés. Après avoir extrait le tronc de l'enfant, on a rencontré de nouveaux obstacles pour l'extraction de la tête, *obstacles causés par un rétrécissement notable du diamètre antero-postérieur du détroit supérieur ; on a dû, à plusieurs reprises, perforer le crâne et on n'a pu le faire sortir qu'au moyen de l'application souvent répétée du crochet mousse.* — Femme sortie guérie (1).

Obs. XIII. — *Tête restée dans l'utérus au-dessus du détroit supérieur rétréci de 7 centimètres 1/2. Perforation du crâne et extraction avec le céphalotribe.*

Marie Cognard, 23 ans, bassin vicié, 7 centimètres 1/2 après déduction ; primipare. Entrée à la Maternité le 23 avril 1868, à sept heures du matin. Enceinte de huit mois et demi. Premières douleurs le 22 avril, à minuit. Tentatives de version en ville. A son entrée, le bras droit est en procidence dans le vagin. M. Depaul voulait faire la version, mais l'orifice utérin très-rétracté ne lui permit pas d'introduire la main, quoiqu'il eût essayé à plusieurs reprises ; se décidant pour l'embryotomie, il retrancha successivement les deux bras d'abord, puis il attendit quelques heures avant de terminer l'opération. Au bout de ce temps, il endormit la femme, *et après bien des efforts la tête fut séparée du tronc.* Celui-ci ainsi diminué fut amené au dehors. *Se servant alors d'un lambeau du cou,* M. Depaul, *fixe la tête au-dessus du détroit supérieur, perfore le crâne par la base, et applique le céphalotribe qui termine l'opération* (2).

Obs. XIV (personnelle). — *Tête restée dans l'utérus au-dessus du détroit supérieur rétréci de 7 centimètres. Céphalotripsie et extraction avec le crochet.*

La fille Clémence B..., 30 ans, multipare, est prise des premières douleurs le 10 novembre 1863, mais la tête fœtale reste au détroit

(1) Bulletin de la Clinique.

(2) Bulletin de la Clinique.

supérieur jusqu'au 21, sans s'abaisser ; procidence du cordon ombilical qui est réduit. La mensuration du diamètre antéro-postérieur donne 7 centimètres. Avec l'aide de nos confrères de l'Hôtel-Dieu, nous appliquons le forceps sur la tête, mais nos efforts sont impuissants. Alors la version pelvienne est mise en œuvre et l'enfant peut être tiré des voies maternelles avec les plus grandes difficultés jusqu'au cou, mais la tête reste emprisonnée avec une force qui ne peut être vaincue par aucun de nous. L'enfant étant mort, la section du cou est pratiquée au moyen des ciseaux de Dubois, *et la tête fixée solidement au-dessus du détroit supérieur est minutieusement broyée avec le céphalotribe. L'introduction d'un crochet dans l'orbite droite permet l'extraction graduelle de cette tête sensiblement amoindrie. Bonnes suites de couches.*

Obs. XV. — *Tête passée dans la cavité abdominale par une ouverture de l'utérus rompu, après détroncation. Bassin de* 6 *centimètres. Extraction au moyen de la gastrotomie.*

Estéclandre (Joséphine), 29 ans, entrée à la salle d'accouchements le 17 octobre 1860, primipare, bassin vicié, diamètre a. p. 6 centimètres; l'époque de la grossesse n'est pas déterminée. Travail achevé le 18 octobre. M. Blot se décide à pratiquer la version. Cette opération ne se fit pas sans difficultés ; le tronc une fois sorti, *le passage de la tête fut impossible*. Pendant toutes ces manœuvres, l'utérus se rompit, *la tête de l'enfant fut céphalotripsiée, puis détronquée.* Après la détroncation, *elle passa par l'ouverture utérine dans la cavité abdominale*, circonstance qui nécessita *la gastrotomie*. La femme mourut de péritonite vingt-quatre heures après l'accouchement. L'enfant du sexe masculin était mort non macéré (1).

Nota. — Avant la détroncation, *il était possible de fixer cette tête au-dessus du détroit supérieur et de la retenir à l'orifice utérin par un lambeau ménagé pour cet effet.* De cette façon, elle ne serait point passée dans la cavité abdominale et l'hystérotomie eût été évitée.

---

(1) Bulletin de la Clinique.

OBSERVATION XVI. — *Tête restée dans l'utérus, au-dessus du détroit supérieur rétréci de 5 centimètres et 5 millimètres; céphalotripsie et extraction avec le céphalotribe.*

Femme G., 24 ans, faible de complexion, entrait à l'hôpital de la clinique en février 1859, au terme de sa seconde grossesse. Bassin rétréci de 5 centimètres et 5 millimètres; présentation du siége. Les premières douleurs se firent sentir le 17 février à 4 heures du matin et les membranes se rompirent spontanément. Vers midi, l'expulsion du tronc fut complète, le même jour, à 4 heures et demie du soir, malgré l'extrême étroitesse du bassin. Toutefois, après le dégagement des épaules, la tête s'arrêta au détroit abdominal et P. Dubois fut obligé d'opérer la détroncation. Après cette opération, le célèbre accoucheur appliqua *sur la tête restée dans l'utérus et au-dessus du détroit supérieur le céphalotribe qui en diminua le volume en l'écrasant.* L'application de l'instrument fut difficile *à cause de la mobilité de la tête et de l'étroitesse du bassin; mais une fois qu'elle fut bien prise et écrasée, elle fut entraînée sans trop de difficulté.* L'accouchement se terminait à six heures trois quarts, après un travail de quinze heures. La femme G. sortit de l'hôpital, le 12 mars, entièrement rétablie (1).

OBSERVATION XVII.— *Tête restée dans l'utérus au-dessus du détroit supérieur rétréci de 4 centimètres* 3 *millimètres. Extraction par un procédé spécial.*

M. le Dr Devillièrs est appelé près d'une naine qui ne mesurait qu'un mètre deux centimètres de hauteur, et présentait tous les caractères du rachitisme le plus prononcé. En effet, chez elle le bassin offrait un vice de conformation de nature à rendre impossible l'accouchement à terme. Cette déformation donnait à l'ensemble du détroit supérieur et d'une partie de l'excavation la forme d'un croissant, et il en résultait un rétrécissement considérable qui a porté à 43 millimètres le diamètre s'étendant du milieu de la saillie vertébrale à un point correspondant à l'éminence iléo-pectinée. Les autres diamètres, pris de cette saillie aux différents points du détroit supérieur, n'of-

(1) Jones. *Considérations pratiques dans les cas de rétrécissement du bassin,* p. 63.

fraient que de 40 à 35 et 25 millimètres d'étendue. Dans des conditions semblables, M. Devilliers résolut de provoquer l'avortement chez cette fille qui se trouvait au terme de 5 mois environ. Pour obtenir ce résultat, il pratiqua la dilatation du col utérin avec un appareil semblable à celui de Tarnier. Les premières douleurs se manifestèrent dix-huit heures après l'application du dilatateur; le travail marcha régulièrement, et le lendemain on put saisir l'extrémité pelvienne du fœtus qui se présentait, et procéder à son extraction. Mais quand la tête dut s'engager entre les bords du détroit supérieur, les tissus du cou et les ligaments vertébraux se déchirèrent malgré les précautions prises, et *la tête resta dans l'utérus.*

Profitant alors de la présence du cou dont on sentait les vertèbres au détroit supérieur, dit M. Devilliers, j'introduisis à travers le canal vertébral un fil de fer recourbé dont je me servis pour broyer la matière cérébrale, puis j'attendis pendant six heures le résultat que pourraient amener les contractions utérines. Celles-ci malheureusement cessèrent, et il fallut chercher à extraire la tête. Mais le degré de rétrécissement ne permettait pas d'introduire *un ou deux doigts* sur leur plat ou d'employer des pinces à dents et des érignes, moyens qui n'eurent pour effet que la disjonction des arcs vertébraux. C'est alors, ajoute l'habile accoucheur, que comptant sur l'évacuation de la matière cérébrale et sur le degré peu avancé d'ossification des os du crâne, j'eus l'idée de passer derrière la femme, *d'appliquer la paume des deux mains sur le fond de l'uterus, à travers les parois abdominales et d'exercer une pression graduée, mais assez vive sur la tête du fœtus* qui fut écrasée contre les parois du détroit supérieur, se moula sur elles, s'engagea et fut chassée au dehors avec le placenta. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier et la femme se rétablit (1).

Ce dernier groupe de faits nous montre la rétention de la tête fœtale sous deux aspects différents, d'abord sous le rapport de la situation élevée au-dessus du détroit supérieur, ensuite au point de vue de la disproportion de plus en plus grande entre le volume de cette tête et la capacité de la filière pelvienne. Il y a donc là une double difficulté à vaincre en allant chercher à

---

(1) *Gazette des hôpitaux.* 1865.

une grande hauteur une tête isolée, mobile et en voulant faire passer un corps volumineux par un défilé de plus en plus rétréci.

Quand le rétrécissement n'est pas trop considérable, comme dans l'observation XI, la main seule peut extirper la tête en prenant soin de placer la femme *more bestiarum*. En effet, avec ce procédé, l'accoucheur arrive directement vers le fond de l'utérus et il dispose d'une force plus grande pour faire basculer la tête et l'entraîner au dehors dans une direction convenable. Mais, si le rétrécissement du bassin augmente graduellement comme dans les observations XII, XIII, XIV, XVI, la première indication *est d'immobiliser solidement la tête au-dessus du détroit supérieur, la seconde consiste à la broyer avec le céphalotribe et la dernière à l'extirper avec cet instrument, ou le forceps ou les crochets.*

La quinzième observation nous apprend combien il est nécessaire de *fixer la tête* qui, grâce à sa mobilité, peut très-bien cheminer dans l'abdomen, quand il existe une déchirure notable de la matrice. Enfin, si le resserrement pelvien est porté à une limite extrême comme dans l'observation XVII, on devra d'abord provoquer l'avortement, puis recourir à l'ingénieux procédé de M. Devilliers qui, après avoir vidé le crâne fœtal, parvint à le chasser de l'utérus, comme on expulse un noyau en pressant sur son enveloppe.

Nous ne voulons pas terminer ce chapitre sans mentionner certains faits relatifs à la rétention de la tête du fœtus dans l'hydrocéphalie congénitale. Il est vrai, dans les observations qui vont suivre, on ne dit pas que la tête est restée au-dessus du détroit supérieur ou dans l'excavation, mais ce n'est pas une raison pour ne pas les rattacher au groupe de faits qui précèdent. En effet, il s'agit ici, comme plus haut, d'une grande disproportion entre le volume de la tête et la filière du bassin, et quoique cette inégalité porte sur la tête fœtale à l'exclusion de la cavité pelvienne, il suffit que la disproportion existe entre ces deux rapports, de part et d'autre, pour que tous ces faits soient rapprochés dans la même catégorie.

Observation XVIII. — *Tête d'hydrocéphale restée seule dans l'utérus et expulsée spontanément après avoir été vidée par une ponction simple avec le doigt.*

Il s'agit donc d'une présentation de l'extrémité pelvienne; le siége, les jambes, les cuisses, s'engagent et la tête seule est arrêtée. D'ordinaire on tire de plus en plus fort, la colonne vertébrale se rompt, le tronc seul reste dans les mains de l'opérateur et la tête demeure emprisonnée dans l'utérus.

Le diagnostic devient alors commode à faire, puisqu'avec la main on reconnaît l'hydrocéphalie. Dans un cas semblable M. le professeur Depaul *fit avec le doigt un trou à la tête qui, une fois vidée, s'engagea, puis fut expulsée presque sur-le-champ.*

Obs. XIX (abrégée). — *Tête d'hydrocéphale restée seule dans l'utérus et expulsée spontanément après avoir été vidée par une ponction avec le crochet aigu.*

Une femme est en travail depuis vingt-quatre heures; quatre médecins et une sage-femme avaient reconnu un rétrécissement squirrheux du col utérin s'opposant à l'expulsion complète du produit qui, à force de tractions, avait été retiré jusqu'à la partie inférieure du cou et était arrêté là par le volume énorme de la tête. Cette dernière circonstance est diagnostiquée d'abord par Malgaigne et ensuite par les autres assistants. Après plusieurs tentatives infructueuses, le célèbre chirurgien pratique la détroncation, puis retournant la tête de manière à rendre une des fontanelles plus accessible, il glisse le long de la main gauche le crochet aigu du forceps jusqu'au niveau de la fontanelle antérieure; arrivé sur ce point, il retourne directement la pointe du crochet vers la fontanelle, puis par un mouvement de pression et de traction combiné, il le fait pénétrer dans la cavité crânienne. Un flot énorme de sérosité s'échappe à l'instant, et quand il veut retirer le crochet, la tête affaissée sort avec lui spontanément. Bonnes suites de couches (1).

---

(1) *Revue médico-chirurgicale*, 1849.

Ces deux faits nous montrent une rétention de têtes hydrocéphales dans des conditions assez avantageuses, car quoiqu'on ne le dise pas, il faut admettre qu'elles n'étaient pas enclavées dans un bassin rétréci, ni placées au-dessus du détroit supérieur. Autrement, les difficultés eussent été beaucoup plus considérables. En tout cas, si le doigt a suffi d'une part, et le crochet aigu de l'autre pour ouvrir une voie au liquide du crâne, on pourrait encore, en pareille occurrence, introduire un bistouri entouré préalablement de linge jusqu'à 2 centimètres de la pointe, soit dans les narines pour percer la lame criblée de l'ethmoïde, soit encore dans l'occipital incomplètement ossifié pour pénétrer dans la boîte crânienne.

Obs. XX (abrégée). — *Tete d'hydrocéphale restée seule dans l'utérus, au-dessus du détroit supérieur, et expulsée spontanément, après avoir été vidée par une ponction avec le crochet aigu.*

Le samedi 20 juillet 1872, M. Verrrier fut appelé à Charenton par le Dr Desportes pour terminer un accouchement qui s'offrait en première position du siége. Le tronc s'engagea sans difficultés, les membres inférieurs se développèrent et M. Desportes fit ensuite le dégagement des bras; mais à partir de ce moment, quelques tentatives qu'il pût effectuer pour extraire la tête du fœtus, celle-ci restait emprisonnée au-dessus du détroit supérieur. Après avoir endormi la patiente avec le chloroforme, M. Verrier parvint au moyen *d'un toucher profond,* à reconnaître l'existence d'une hydrocéphalie. Comme il était impossible de rien tenter avec le tronc obstruant ainsi tout le vagin, et que d'ailleurs l'enfant était pertinemment mort, cet habile accoucheur prit la résolution de pratiquer la détroncation. Une fois cette opération achevée, M. Verrier introduisit la main gauche du côté droit maternel jusqu'à la hauteur de la fontanelle antérieure, puis il fit glisser sur cette main la branche du forceps portant le crochet aigu incliné sur plat. Arrivé à la fontanelle antérieure qui se trouvait à une grande hauteur, il tourna brusquement le crochet du côté de l'espace membraneux et l'y implanta aussi solidement que possible. Un flot énorme de liquide s'échappa tout à coup; M. Verrier tira ensuite avec précaution dans le sens du détroit supérieur, en protégeant toujours avec la main les organes maternels contre toute sortie

brusque du crochet. Dès qu'il put juger que l'ouverture pratiquée à la fontanelle antérieure se trouvait dans l'aire du détroit supérieur, par suite du mouvement de bascule imprimé à la tête, l'instrument ne tarda pas à être retiré avec le plus grand ménagement. Etant ainsi placé dans une situation déclive, l'écoulement du liquide se fit avec toute aisance. Le reste du travail fut de la sorte abandonné aux seuls efforts de la nature. La femme fut remise dans son lit, une heure plus tard dans un bain, et le repos le plus absolu remplaça toutes ces secousses. Pendant la nuit les contractions, réveillées, finirent par chasser la tête fœtale dont tous les os avaient considérablement chevauché. Ils s'étaient en quelque sorte entassés les uns sur les autres de façon à ne présenter aucun obstacle à la sortie. La délivrance fut naturelle et la parturiente se rétablit parfaitement (1).

On vient de le voir ici, la tête fœtale était arrêtée à une si grande hauteur, qu'il a fallu porter le crochet avec une excessive réserve jusque sur l'une des fontanelles. Maintenant pour comprendre le dénouement naturel des difficultés, il est bon de se rappeler que dans les cas d'hydrocéphalie le cerveau est réduit à un très-mince volume, et qu'il ne peut guère entraver la sortie de la tête, lorsque la collection de liquide a été complètement évacuée. Or, pour la circonstance, il n'est pas surprenant que la tête fœtale ait pu être chassée par les seuls efforts de l'utérus, parce qu'elle diminua beaucoup de volume après l'écoulement du liquide évalué par les médecins à 5 ou 6 litres.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES

En parcourant les diverses observations qui précèdent, il est facile de voir qu'elles ont été graduellement échelonnées, de façon à montrer que la rétention de la tête fœtale se présente avec des degrés de gravité qui croissent en proportion de la difficulté des conditions où elle se trouve. Ainsi, les cas manifestement les plus simples sont ceux où la tête est descendue

(1) *Gazette obstétricale*, p. 176 et suiv., années 1872-73.

très-bas dans l'excavation, mais d'où son extraction est rendue malaisée à cause de la présentation de diamètres peu favorables. Quand il s'agit d'une tête enfermée dans l'excavation pelvienne, au sein d'une matrice ouverte ou fermée spasmodiquement, les moyens ne sont pas encore très-difficiles pour la faire sortir de cette incarcération. Mais ils deviennent pleins d'embarras et de dangers quand la tête suspendue au-dessus du détroit supérieur doit franchir un canal osseux, vicié, obstrué, ou bien quand cette tête offre des dimensions énormes comme dans l'hydrocéphalie. Le procédé de Kuneke si l'angustie n'est pas trop grande, le forceps également dans les cas de rétrécissement modéré, la perforation par le point le plus accessible et la céphalotripsie lorsque l'obstacle est trop considérable, formeront avec les crochets aigus autant de ressources ultimes dont pourra disposer l'accoucheur. Enfin, quand le rétrécissement est porté à un point extrême, l'avortement provoqué suivi de l'ingénieux procédé de Devilliers pour extraire la tête, devra mettre le praticien à l'abri des chances aléatoires de l'opération césarienne. Il est superflu de redire par quels moyens on doit vider la boîte crânienne de son liquide en cas de rétention d'une tête hydrocéphale.

Ne terminons pas ce mémoire sans mentionner les vraies, les grandes difficultés qui peuvent surgir et dont nous n'avons fourni aucun exemple. Il s'agit du cas où la tête fœtale est à la fois arrêtée au-dessus du détroit supérieur rétréci et incarcérée dans une matrice étroitement rétractée. Relativement au rétrécissement, nous venons de voir qu'il ne peut guère être porté à un degré où l'extraction par les voies naturelles ne puisse avoir lieu. Tout obstacle repose dans le resserrement spasmodique de l'orifice utérin, et pour le rompre, on doit d'abord employer les bains, les saignées, les narcotiques, les antispasmodiques, les anesthésiques et une expectation suffisamment prolongée. Mais lorsque tous ces moyens échouent, le moment suprême arrive où il faut agir avec résolution. Alors, dit Tarnier, « la « dilatation forcée, mais lente, méthodique, progressive, sera « l'unique voie du salut, le seul moyen d'arriver jusqu'à la

« tête, d'avoir prise sur elle avec la main et les instruments, « l'acte préalable, indispensable pour opérer l'extraction. Il y « aura malheureusement en ce genre des obstacles absolument « invincibles, des cas où la femme épuisée devra succomber, « sans que l'accouchement soit achevé, et où cette perspective, « toute affreuse qu'elle puisse être, ne justifierait pourtant pas « certaines témérités opératoires. L'opération césarienne per- « mettrait sans doute d'extraire la tête. Dans ces circonstances « d'une extrêmé gravité, donnerait-elle le moyen de sauver la « vie en peril ? Ne précipiterait-elle pas au contraire une mort « devenue inévitable, au grand préjudice de l'art et de ceux « qui l'exercent ! »

Nous nous associons pleinement à cette manière de voir très-judicieuse d'un accoucheur aussi sagace, et cela, sans rien y ajouter.

Après ces différentes considérations, il est permis de se demander si notre question a été décrite et envisagée sous toutes les faces et avec tous les developpements nécessaires. Quoi qu'il en soit, nous désirons vivement que cette simple étude contribue à éclairer quelques-uns des points qui viennent d'être soumis au creuset de l'analyse.

REVUE DE LA PRESSE

OVARIOTOMIE.

Par Kœberlé.

Nous croyons intéressant de reproduire les principaux passages d'un très-remarquable article publié par M. Kœberlé, dans le Nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXV, p. 560.

Remarques générales. — L'ovariotomie est, suivant les cas, une des opérations les plus simples ou l'une des plus difficiles

et les plus compliquées de la chirurgie. La simplicité, la rapidité, la précision et la propreté avec lesquelles elle est exécutée, sont d'une grande importance pour son succès. . . . .

La difficulté de diagnostiquer l'état exact des parties et la nature de la tumeur dans certains cas, l'impossibilité de constater parfois soit l'absence d'adhérences de la tumeur, soit l'étendue et la nature des adhérences, ne permettent pas de prévoir sûrement le degré de gravité de l'opération à pratiquer et ses conséquences. On ne peut avoir que des présomptions à cet égard. Dans l'extirpation des tumeurs abdominales, il faut toujours compter avec l'imprévu et l'inconnu, et s'attendre à toutes les complications possibles.

La durée d'une ovariotomie est très-variable, depuis une vingtaine de minutes, jusqu'à deux heures et plus.

Quoique la longue durée de l'opération ne soit pas incompatible avec le succès, il importe de l'abréger autant que possible, surtout si les viscères abdominaux doivent rester exposés au contact trop prolongé de l'air. Les opérations dont la durée depasse une heure et demie à deux heures sont généralement mortelles, soit en raison de l'irritation inflammatoire des viscéres, soit en raison des difficultés de l'hémostase, etc. . . .

L'ovariotomie ne doit être pratiquée qu'en présence d'un petit nombre d'assistants, afin d'éviter toutes les causes d'encombrement, de viciation de l'air et d'infection putride. Dans les hôpitaux il faut en éloigner les étudiants qui séjournent dans les salles de dissection et ne pas admettre des personnes qui se trouvent en rapport avec des malades atteints de péritonite putride ou d'une autre affection infectieuse. . . . .

L'ovariotomie, dans les différentes phases de son exécution, nous offre à considérer : 1° les dispositions préalables à l'opération ; 2° l'anesthésie ; 3° l'incision de la paroi abdominale ; 4° l'évacuation du contenu ou la réduction de volume de la tumeur, s'il y a lieu ; 5° la destruction des adhérences et l'extraction de la tumeur ; 6° la constriction du pédicule et l'excision de la tumeur ; 7° le nettoyage de la cavité abdominale ; 8° la

réunion de la plaie; 9° le pansement et les soins consécutifs; 10° les accidents.

1° *Dispositions préalables à l'opération.*— Les préparatifs de l'opération comprennent le traitement préalable, la préparation et la diète de la malade avant l'opération, le lieu de l'opération, l'aération, les soins de propreté, la température, le vêtement, le lit, les aides, les instruments.

Il est très-important de relever autant que possible les forces de la malade avant l'opération par une nourriture substantielle et un régime approprié, par des médicaments toniques, le vin, les ferrugineux, le quinquina, lorsque la malade a été affaiblie par le traitement qu'on lui a fait suivre, lorsqu'il est survenu des troubles digestifs ou de l'anémie.

Les troubles digestifs qui résultent de l'excès de distension du ventre et de la pression exercée par la tumeur cessent ordinairement après la ponction des kystes. Il peut donc être avantageux de ponctionner la malade, de lui recommander de bien se nourrir, et d'entreprendre ensuite l'ovariotomie quand sa santé sera améliorée, avant le retour des troubles digestifs.

Lorsque la tumeur est considérable et susceptible d'être notablement réduite de volume par une ponction, il est essentiel de faire une ponction préalable, cinq, huit, dix jours avant l'ovariotomie. Lors de l'opération, l'incision des téguments présente ensuite, quelquefois, il est vrai, plus de difficultés; mais cet inconvénient est compensé par de nombreux avantages. Les parois du kyste, de même que les parois abdominales, s'épaississent par le retrait, et saignent moins abondamment lorsqu'elles sont adhérentes; les intestins reprennent en partie leur place normale et se remplissent en partie de gaz: ils restent ainsi mieux en place après l'opération, et le ventre est moins rétracté, moins disposé à l'entrée de l'air ou des liquides lorsque, après l'opération, il est trop concave et qu'il survient des vomissements; lorsque les parois abdominales sont infiltrées de sérosité, l'œdème tend à se dissiper; l'écartement des côtes, les malaises consécutifs à la simple issue des liquides et à

la diminution de la pression, la gêne de la respiration et de la circulation, n'ajoutent pas leurs troubles à ceux qui suivent immédiatement l'opération ; lorsque les adhérences abdominales sont très-étendues, la surface des adhérences est moins considérable. Si l'on soumet ainsi les malades aux risques d'une ponction, l'ovariotomie se fait ensuite dans des conditions beaucoup plus favorables. Dans les cas de kystes multiloculaires, je me contente ordinairement de ponctionner la loge la plus considérable. Lorsque les tumeurs sont relativement petites, ou si elles ne distendent pas trop le ventre, on peut se dispenser de faire une ponction préalable.

Si l'ovariotomie ne peut être retardée sans inconvénient, il n'est pas bien nécesssaire de tenir compte de l'époque menstruelle, qu'autant que l'apparition des règles s'accompagne d'habitude de vomissements, de malaises, de crampes utérines prononcées. L'apparition des règles en dehors de ces circonstances n'exerce aucune influence sur les suites de l'opération, quand même elle aurait lieu immédiatement après. Cependant il vaut mieux ne pas opérer quelques jours avant et quelques jours après les règles, si la tumeur est adhérente dans le bassin, en raison de la congestion vasculaire qui donne alors lieu à une hémorrhagie plus abondante.

Un ou deux jours avant l'opération, on aura soin de vider le gros intestin, soit par l'administration d'un purgatif (huile de ricin ou eau saline purgative), ou de lavements s'il n'existe pas de constipation. La veille de l'opération, j'ai l'habitude de faire prendre aux malades 3 grammes de sous-nitrate de bismuth en six paquets, dans le but de décomposer les gaz ou les liquides hydrosulfurés contenus dans le tube digestif et de les neutraliser au moment de leur formation.

Si l'on se propose de recourir au drainage vaginal, la malade devra faire une irrigation vaginale avec une solution d'acide phénique ou d'acide salicylique (Olshausen).

On aura soin de faire recommander à la malade, s'il y a lieu, de mettre ordre à ses affaires spirituelles et temporelles, afin d'être libre d'inquiétudes et de préoccupations morales.

On a attaché une grande influence au milieu où l'opération doit avoir lieu. Comme on a remarqué que l'ovariotomie, ainsi que toutes les opérations graves, du reste, réussit moins bien dans les hôpitaux, dans les lieux où les malades sont accumulés, on a recommandé d'opérer de préférence à la campagne, en dehors des grands centres de population; mais ce ne sont pas tant l'air, le milieu, que les soins de propreté bien entendus qui sont les plus essentiels. La netteté des surfaces traumatiques et la propreté dans l'ensemble d'une opération, parfois dans des détails minimes, sont les meilleurs antiseptiques. Ces deux éléments de succès priment d'une manière complète l'acide phénique. Au point de vue de l'auteur, l'application du *spray* phéniqué ou des procédés de Lister à l'ovariotomie, et aux opérations en général, n'est utile que dans les circonstances où il est impossible de réaliser les conditions de la propreté. Dans une ovariotomie compliquée, de longue durée, où le ventre est largement ouvert, l'usage du spray phénique peut devenir plutôt une cause d'irritation qu'un élément de succès. Dans les opérations ordinaires, l'application des procédés de Lister est surtout efficace et avantageuse, parce qu'elle oblige le matériel, les aides et quelquefois même le chirurgien, à être propres malgré eux ou malgré les circonstances. La neutralisation et la destruction des miasmes *aériens*, en tant qu'ils existent véritablement, sont rarement alors la cause du succès. Le spray agit surtout comme lavage continu, comme un jet d'eau en pluie fine, analogue à une irrigation continue qui entraîne incessamment les impuretés qui tendent à contaminer les surfaces traumatiques. Je ne fais jamais usage de l'acide phénique et je puis affirmer que dans les opérations quelconques j'obtiens d'aussi beaux, sinon de meilleurs résultats que les chirurgiens qui ont recours à cet acide dans le cours de l'acte opératoire. Si lors d'un pansement il est nécessaire de recourir à un liquide détersif, désinfectant, je préfère employer le sulfite de soude, dont je fais usage depuis près de dix ans, en dissolution au dixième. Cet agent réducteur désinfecte d'une manière complète et n'a pas l'inconvénient d'avoir une mauvaise odeur

comme l'acide phénique. Dans la pratique hospitalière, l'usage de l'acide phénique produit, il est vrai, d'excellents résultats, parce qu'il est impossible, dans un service encombré de malades de toutes sortes, de se mettre suffisamment à l'abri de toute contamination, soit par le personnel du service, soit par le matériel. Dans les derniers temps, Billroth à Vienne, Olshausen à Halle, von Nussbaum à Munich, etc., ont obtenu de très-remarquables succès dans leurs ovariotomies à la suite de l'usage du spray phéniqué ; les résultats ont été incomparablement meilleurs qu'auparavant.

La chambre de la malade doit être bien aérée, bien éclairée, chauffée modérément. On doit éviter d'opérer, autant que possible, lorsqu'il fait trop froid ou lorsque les chaleurs de l'été sont excessives. Les ustensiles et les instruments qui doivent servir pour l'opération doivent être parfaitement nets. Les instruments qui présentent des parties anfractueuses qu'il est difficile de bien nettoyer autrement, telles que les mors des pinces, etc., et qui sont imprégnés d'impuretés, même lorsqu'ils sont neufs, doivent être passés au feu, nettoyés en étant chauffés jusqu'au bleu dans la flamme d'une lampe à alcool. Les éponges doivent être bien débarrassées du sable qui les incruste et être exemptes d'odeur, après avoir été battues à sec, puis lavées successivement dans une solution de carbonate de soude, puis dans l'alcool et dans l'eau au moment de s'en servir. Les pièces de pansement, les compresses, la charpie, les linges qui servent dans le cours de l'opération, doivent être blancs, exempts d'odeur de moisissure. Le chirurgien et les aides doivent se laver plusieurs fois les mains pendant l'opération, dix, vingt fois, si c'est nécessaire. Les ongles doivent être tenus proprement.

La malade doit être vêtue et tenue chaudement, afin d'éviter autant que possible le refroidissement, lorsque l'opération doit avoir une longue durée. Pour empêcher l'opérée d'être trop mouillée dans le cours de l'opération, on peut la recouvrir d'une sorte de tablier en toile de caoutchouc, échancré à sa partie supérieure, dont les deux parties latérales sont alors repliées et

attachées en arrière, de manière à laisser le ventre seulement à découvert.

L'opération doit être pratiquée, autant que possible, sur le lit même que l'opérée doit occuper; il doit être suffisamment élevé et pas trop large pour que le chirurgien et les aides ne soient pas trop fatigués par une attitude pénible. Le chirurgien se place alors à droite de la malade, dont le tronc doit être un peu incliné. Cette position est la plus avantageuse. Si l'on a recours au drainage vaginal, la malade devra être disposée de manière que le chirurgien puisse se placer entre ses jambes maintenues écartées. Dans la pratique courante, on place la malade comme on peut, sur une table ou autrement.

Trois aides au moins sont nécessaires : l'un pour les soins de l'anesthésie ; un autre pour maintenir la paroi abdominale et empêcher soit l'issue des intestins, soit l'entrée de l'air, des liquides, etc. ; un troisième pour passer les instruments, etc.

L'appareil instrumental se compose de toute la série des instruments qui peuvent être nécessaires dans un cas quelconque, même en supposant une erreur de diagnostic, afin qu'on ne soit pas pris au dépourvu par une complication inattendue. Il convient d'avoir à sa disposition : deux bistouris droits ; une pince à disséquer ; une paire de ciseaux ; une demi-douzaine de pinces à griffes ou d'autres pinces pour saisir, attirer et maintenir le kyste ; deux douzaines de pinces hémostatiques, du fil de soie de Chine de préférence, du catgut ou tout autre fil pour les ligatures ; un gros tube dont l'extrémité taillée en bec de flûte ou un gros trocart quelconqne ; du fil de fer, des serre-nœuds ou des clamps quelconques ; des aiguilles munies de fil pour la suture profonde ; des épingles pour la suture superficielle ; des éponges ; du linge ; un thermocautère ou des fers à cautère ; des tubes à drainage ; de la charpie ; des pièces de linge à pansement, etc., etc. Ce matériel peut paraître bien compliqué si l'on a en vue une opération très-simple, par exemple dans un cas de kyste sans adhérence ou avec de légères adhérences, avec un long pédicule, et susceptible d'être extrait par une petite incision. Dans ce cas, un bistouri, une pince,

un trocart quelconque, du fil et une aiguille peuvent suffire et permettre même au plus inexpérimenté de réussir, d'autant plus que les dispositions préalables et les soins consécutifs n'ont pas alors, le plus souvent, une grande importance.

2° *Anesthésie.* — L'anesthésie doit toujours être poussée jusqu'à la résolution musculaire complète, et être continuée jusqu'à ce que l'opération soit entièrement terminée. . . . .

. . . .

3° *Incision de la paroi abdominale.* — Dans les premiers temps de l'ovariotomie, l'ouverture de l'abdomen a été faite de diverses manières.

Mac Dowell dans sa première opération fit une incision longitudinale à 3 pouces en dehors du muscle droit; Hayng suivit le bord externe du même muscle; Bühring fit une incision latérale de manière à tomber sur la crête iliaque, d'où le nom de *laparatomie* (λάπαρον, région lombaire) donné d'abord aux opérations de ce genre; Laumonier et dans un cas W. Atlee firent une incision parallèle au pli de l'aine; Mercier, Haartmann, Trowbridge firent une incision diagonale; Dorsey et King incisèrent crucialement; Storer fit passer l'incision dans l'épaisseur du muscle droit. Ces divers procédés n'ont guère trouvé d'imitateurs et sont entièrement abandonnés en raison de leurs graves inconvénients. Dès sa seconde opération, Mac Dowell incisa la ligne blanche. Dans ce procédé, on n'intéresse guère que des tissus fibreux et des vaisseaux très-grêles. Il expose cependant à blesser la vessie par inadvertance.

L'incision doit se faire sur la ligne médiane, en se rapprochant de l'ombilic, dans une étendue de 6 à 10 centimètres, de manière que l'extrémité inférieure de l'incision des tissus fibreux ne dépasse pas, autant que possible, la partie moyenne de l'espace compris entre le pubis et l'ombilic. Cette incision peut ensuite être prolongée au-dessus de l'ombilic, jusque vers l'appendice xiphoïde, si on le juge nécessaire. Lorsque l'incision dépasse l'ombilic, il faut laisser du côté droit le ligament suspenseur du foie. Dans mes gastrotomies, l'étendue de

l'incision de la ligne blanche a varié entre 5 et 55 centimètres. Lorsqu'il existe des adhérences dans les parties supérieures de la cavité abdominale, ou lorsque la tumeur ne peut être aisément réduite de volume, il faut sans hésiter faire une incision suffisante, tout en cherchant à la rendre le moins longue possible, pour éviter d'aggraver l'état de la patiente ou de prolonger la durée de l'opération.

Dans les cas embarrassants, dont le diagnostic est indécis, on peut d'abord faire une petite incision de la ligne blanche et du péritoine avant de décider s'il y a lieu de donner suite ou non à l'opération. Si, à l'ouverture de l'abdomen, on reconnaît que la tumeur est inextirpable, qu'elle est cancéreuse, il vaut mieux interrompre une opération qui devra nécessairement être fatale ou être suivie d'une récidive en cas de rétablissement. Du reste, on peut alors modifier le plan primitif de l'opération, si on le juge utile à la malade. Les plaies simples de l'abdomen, les incisions exploratrices, comme on les a appelées, ont d'ailleurs une gravité peu considérable, relativement à l'extirpation d'une tumeur, surtout si on se dispense d'introduire la main et de faire des tentatives violentes et prolongées d'extraction. Cependant on ne doit pas témérairement exposer une malade aux chances d'une incision exploratrice. L'ovariotomie ne doit être entreprise que si elle présente, d'une manière générale, quelque chance de succès. Un chirurgien consciencieux ne doit pas reculer devant de simples adhérences, quelque étendues qu'elles soient, pourvu qu'il n'y ait pas lieu de redouter une hemorrgagie trop grave, au cas où la malade serait déjà très-affaiblie. Une incision exploratrice ne peut être justifiée que dans les cas où le diagnostic du siége et de la nature de la tumeur est indécis ou erroné, et lorsque ces adhérences sont tellement intimes et étendues que la tumeur soit jugée inextirpable.

Lorsque l'incision doit être prolongée au delà de l'ombilic, on a généralemet l'habitude de contourner cette partie à gauche, soit parce que les tissus n'ont parfois qu'une épaisseur très-faible au niveau de la cicatrice ombilicale, soit parce qu'on

craint de comprendre cette cicatrice dans la réunion. Il est aisé de remédier à ces inconvénients en dédoublant de chaque côté l'épaisseur de l'ombilic par une petite incision perpendiculaire à la surface de section de l'abdomen.

L'incision doit traverser directement l'ombilic, même dans le cas de hernie ombilicale, que l'on divisera ainsi dans toute sa longueur, mais dont on aura soin de rectifier les lignes formées par le collet et d'exciser plus tard le sac péritonéal ainsi que l'excédant de la peau, afin d'obtenir la guérison radicale de la hernie.

L'incision devra s'arrêter à 5 ou 6 centimètres au moins du pubis, afin de laisser un espace suffisant à la distension de la vessie.

S'il y avait lieu de faire une nouvelle incision, en cas de récidive, il faudrait suivre l'un des bords de la cicatrice, et si celle-ci est très-large ou trop mince, en exciser le tissu du côté opposé, plutôt que de la faire passer par une nouvelle ligne.

Il est quelquefois difficile de trouver le raphé médian, lorsque les muscles droits sont très-rapprochés, ou lorsque les muscles pyramidaux remontent jusque vers l'ombilic. Dans ce cas, il faut toujours rechercher la ligne médiane à partir de l'ombilic. Il faut éviter de se fourvoyer derrière les muscles droits de l'abdomen et de prendre, par inadvertance ou par défaut de connaissances anatomiques, les tissus fibreux sous-jacents pour un kyste adhérent, surtout si les tissus sont infiltrés de fibrine, comme il arrive presque toujours à la suite des ponctions sur la ligne médiane.

Après avoir divisé le tissu connectif graisseux sous-péritonéal, au milieu duquel se trouvent les tractus fibreux de l'ouraque et des artères ombilicales, on incise dans une petite étendue le péritoine, que l'on soulève avec une pince, puis on introduit deux doigts dans l'incision, et on divise peu à peu les tissus dans leur intervalle.

Si des vaisseaux divisés donnent du sang en abondance, on y applique des pinces hémostatiques au fur et à mesure qu'ils ont

été divisés. On n'incise le péritoine que lorsque l'hémorrhagie de l'incision est arrêtée.

Dès que le péritoine a été incisé, il s'échappe souvent une quantité variable de sérosité ascitique, dont on laisse écouler la majeure partie avant d'extraire la tumeur.

Lorsque la tumeur n'adhère pas au péritoine, elle apparaît, avec une surface lisse, blanchâtre ou bleuâtre, sillonnée de veines plus ou moins apparentes. Lorsqu'elle est adhérente, on rencontre des brides fibreuses plus ou moins serrées, fibrineuses ou vasculaires, qui cèdent ordinairement très-facilement à la pression du doigt, et que l'on peut déchirer et écarter ainsi dans une petite étendue, pourvu qu'on n'y remarque pas de vaisseaux susceptibles de donner lieu à une hémorrhagie durable. Le péritoine est quelquefois très-épaissi, et les adhérences peuvent être tellement intimes qu'il ne soit pas possible de distinguer le péritoine du kyste, surtout si les parois de ce dernier sont très-minces. Il faut procéder alors avec beaucoup de précaution pour ne pas s'exposer à se fourvoyer au-dessus du péritoine dans le tissu connectif sous-péritonéal, qu'on a parfois beaucoup de peine à reconnaître chez les malades où le tissu adipeux fait entièrement défaut. Il faut alors se guider, autant que possible, sur les vestiges de l'ouraque et des artères ombilicales. Même le péritoine à l'état sain peut être pris pour un kyste adhérent à paroi mince, en cas de complication d'ascite. C'est par suite d'une erreur de ce genre qu'on l'a plusieurs fois décollé au loin, alors que le kyste était complètement libre au-dessous.

D'autres difficultés peuvent provenir des adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale et au kyste, tout à la fois ou séparément, immédiatement au-dessous de l'incision. Il faut alors chercher à récliner l'épiploon, ou à le traverser, ou à le diviser, pour arriver sur le kyste. Dans ce cas, l'épiploon peut être pris pour le tissu connectif graisseux sous-péritonéal, erreur qui peut conduire à le blesser inutilement.

Après avoir exploré rapidement avec le doigt la surface antérieure de la tumeur qui a été mise à découvert, on procède, s'il

y a lieu, à la ponction. Si le kyste est uniloculaire et a été ponctionné depuis peu de jours, on peut éprouver quelque difficulté pour le trouver, lorsqu'il est rétracté et recouvert par les intestins. Il faut alors introduire deux doigts dans l'incision et longer la paroi antérieure de l'abdomen vers la vessie et la matrice, afin de saisir le kyste entre les deux doigts pour l'amener vers l'extérieur.

4° *Réduction du volume de la tumeur.* — Dès que la tumeur a été mise à découvert dans une étendue suffisante, on cherche tout d'abord à obtenir une réduction de son volume, si elle en est susceptible. Le liquide renfermé dans les grandes cavités kystiques doit être évacué au moyen d'un gros trocart qui permette de procéder avec rapidité et avec sécurité. On a imaginé un grand nombre de trocarts plus ou moins ingénieux, mais la plupart d'entre eux sont peu pratiques. Depuis une dizaine d'années, je me sers simplement d'un tube en laiton verni, de 2 centimètres de diamètre, long de 20 centimètres, et taillé en biseau, à bord mousse à l'une de ses extrémités. Cet instrument, qui ne me servait qu'exceptionnellement pendant deux à trois ans, est devenu dans ces dernières années mon trocart habituel. Mon ancien trocart, analogue à celui dont Thompson faisait usage pour les épanchements pleurétiques, et dont j'ignorais l'existence lorsque je le fis construire dès 1862, a été

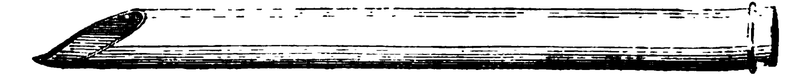


FIG. 1. — Trocart-canule de Kœberlé. Demi-grandeur.

imité de toutes parts. Je ne m'en sers plus que par exception, lorsque le liquide d'un kyste est putride, parce qu'il permet de laisser écouler directement le liquide kystique dans un réservoir à l'aide d'un tube de caoutchouc qui s'y adapte, sans qu'on ait lieu de craindre alors une contamination du champ d'opé-

ration, pourvu toutefois que le kyste présente une résistance suffisante.

Pour faire usage de mon trocart-canule, on fait une petite incision au kyste avec un bistouri et on y plonge l'instrument. On reçoit le liquide dans une cuvette. L'extrémité du doigt peut s'appliquer sur l'orifice externe de l'instrument, pour interrompre à volonté l'écoulement du liquide. On peut aussi y adapter un tube de caoutchouc pour conduire directement dans un baquet le liquide, dont l'évacuation se fait ainsi d'une manière facile et très-rapide (fig. 133).

Lorsque le kyste est multiloculaire, il suffit de pousser la pointe mousse de l'instrument contre la cloison intermédiaire d'une ou de plusieurs loges voisines, en se guidant à l'aide de la main gauche appliquée sur la surface de la tumeur.

Le trocart de S. Wells se compose de deux tubes, emboîtés de 20 centimètres de longueur environ et d'un diamètre de 1 centimètre 1/2. On peut faire saillir hors du tube extérieur et fixer au moyen d'un bouton qui se meut dans une rainure, le tube interne dont l'extrémité est taillée en biseau tranchant Ce tube sert alors à la fois de poinçon et de canule d'écoulement. On adapte un tube en caoutchouc à l'orifice d'écoulement de cet instrument, qui est muni d'un système de griffes pour être fixé à la tumeur.

Si on désire enlever la canule, il est aisé de boucher l'ouverture du kyste, soit en y appliquant deux pinces hémostatiques à angle plus ou moins obtus, soit en y enfonçant une cheville conique en bois, soit en y appliquant une ou deux pinces à griffes.

Si le liquide est tellement glutineux qu'il ne peut s'écouler, si le kyste renferme des amas de fibrine, de graisse concrète, etc., il faut agrandir l'ouverture du trocart, soit avec des ciseaux, soit en la déchirant avec les doigts, et extraire les liquides gluants, ainsi que les parties solides directement avec la main. Si l'on redoute une hémorrhagie grave, le mieux est d'agrandir l'incision et d'extraire la tumeur en masse, à moins que le

pédicule ne soit facilement accessible, et qu'on ne puisse y placer une ligature provisoire.

La paroi d'un kyste est très-mince et très-peu résistante, de manière à se laisser déchirer très-aisément. On évacue alors directement le liquide dans des cuvettes. Lorsque la tumeur n'est pas susceptible de réduction de volume, il faut l'extraire en masse ou, s'il est possible, lier préalablement le pédicule et l'inciser par quartiers.

5° *Destruction des adhérences, hémostase. — Extraction de la tumeur.* — Il faut bien se garder d'introduire la main dans le ventre sans nécessité, et de déchirer les adhérences avec violence à travers une ouverture étroite. On s'expose ainsi à des hémorrhagies et à des accidents consécutifs graves. Dès que l'on sent une résistance à l'extraction, au fur et à mesure que le kyste se vide, il faut s'assurer avec le doigt de la nature de l'obstacle. S'il dépend d'une adhérence résistante soustraite à la vue, il ne faut pas hésiter à agrandir l'incision, afin de découvrir les parties adhérentes et de les déchirer ensuite peu à peu avec le doigt ou un instrument mousse, ou de les diviser avec le bistouri ou les ciseaux. S'il se présente des vaisseaux d'un calibre notable, on peut les pincer d'emblée avec des pinces hémostatiques avant de les diviser, en les séparant, en les coupant toujours au plus ras possible de la tumeur. Si on prévoit une hémorrhagie inquiétante du côté de la tumeur, on divisera les vaisseaux entre deux pinces ou, si on le préfère, entre deux ligatures.

Lorsque les adhérences à la paroi abdominale ont été complètement séparées, on peut ordinairement attirer la tumeur au dehors, quand même elle est adhérente à l'épiploon ou aux intestins, à cause de la mobilité de ces parties.

On saisit la tumeur avec une ou plusieurs pinces à griffes et on l'attire peu à peu au dehors, en multipliant ou en déplaçant progressivement les points de traction. Mes pinces à griffes, dont je fais usage depuis 1868, sont préférables aux pinces de Nélaton, de Nyrop, etc. On peut saisir ainsi aussi bien

les surfaces tendues que les parties membraneuses, quelle que soit leur épaisseur. Lorsque les kystes se déchirent aisément, ils se déchirent aussi bien sous l'influence des pinces plates que de mes pinces à griffes, qui ne sont que des pinces de Museux perfectionnées, avec le même système d'arrêt que mes pinces hémostatiques.

On divisera peu à peu les adhérences viscérales, en procédant de même que pour la paroi abdominale. Si, toutefois, l'adhérence est très-intime et ne peut être séparée de suite sans danger, on découpera une portion de la paroi du kyste ou de la tumeur, qu'on laissera en rapport avec l'intestin, etc., et qu'on maintiendra provisoirement avec la main, une pince ou un fil, pour qu'elle ne se perde pas au milieu des anses intestinales.

Quand le pédicule de la tumeur a été lié et divisé, on achève l'excision des parties qui sont restées adhérentes. On coupe autour de l'adhérence tout ce qu'il est possible d'enlever, et on résèque ensuite par petits fragments avec des ciseaux la surface sécrétante du kyste, dont le reste peut alors être laissé sans inconvénients. J'ai mis ce procédé en pratique plusieurs fois avec succès.

Si la tumeur est volumineuse, il faut la soutenir convenablement, afin d'empêcher qu'elle n'exerce une traction trop forte sur le pédicule ou sur les parties adhérentes qui peuvent se déchirer partiellement.

Les adhérences, à moins qu'elles ne soient très-étendues, très-intimes et fortement vasculaires, ne sont pas une cause d'insuccès, et ne doivent pas faire reculer devant l'extirpation. Les adhérences au foie, à la rate, même légères, sont néanmoins très-graves, parce qu'elles donnent aisément lieu à des déchirures de ces viscères, si on ne procède pas avec beaucoup de prudence. Les adhérences pelviennes surtout sont relativement assez communes et très-graves. Dans certains cas, l'extraction de la tumeur a pu paraître impossible à mener à bonne fin, et c'est dans ces conditions que beaucoup de chirurgiens ont laissé l'opération inachevée ou incomplète, en se bornant soit à abandonner les parties profondes de la tumeur dans la

cavité abdominale, soit à les fixer à la paroi abdominale, en maintenant l'écoulement des liquides à l'aide de tubes à drainage.

L'extirpation complète d'un kyste adhérent est toujours possible. Sur trois cents cas de kystes ovariques, je n'ai jamais laissé aucune opération inachevée, malgré les difficultés au premier abord les plus insurmontables. Lorsqu'un kyste est adhérent et paraît plus ou moins fusionné avec les parties voisines, les intestins, la matrice, etc., il faut entamer les adhérences perpendiculairement à la surface du kyste, jusqu'à ce qu'on tombe sur la surface fibreuse de ce dernier, et décoller ensuite les adhérences, en suivant la surface de l'ovaire et non la surface extérieure de la tumeur. En décollant ainsi les lames fibrineuses plus ou moins organisées et vascularisées qui recouvrent la tumeur et qu'on laisse adhérentes aux parties voisines, on arrive peu à peu au pédicule, et l'on parvient ainsi à détacher les organes adhérents dont la fusion paraissait être la plus intime. De même, lorsqu'un kyste est adhérent à la paroi abdominale, à l'épiploon, etc., il faut toujours, autant que possible, décoller les lames fibrineuses qui proviennent des hémorrhagies consécutives à des éraillures de la tumeur, en laissant ces lames fibrineuses adhérentes à la paroi abdominale et aux viscères, et non pas au kyste. En procédant ainsi, l'hémorrhagie des parties adhérentes est moins abondante et s'arrête plus facilement. Du reste, l'application des pinces hémostatiques sur les points hémorrhagiques permet de limiter considérablement la perte de sang. Il faut tâcher de conserver aux vaisseaux qu'on est obligé de diviser la plus grande longueur possible, afin de pouvoir ensuite attirer les ligatures, s'il y a lieu, jusques entre les deux lèvres de l'incision, au plus près.

Lorsque l'épiploon est adhérent sur une large étendue et renferme un grand nombre de vaisseaux, on peut en faire une ou plusieurs ligatures en masse. Les vaisseaux de l'épiploon résistent parfois à l'action des pinces hémostatiques, si on ne peut pas les laisser en place assez longtemps, jusqu'à ce qu'il se soit produit un caillot oblitérateur, en raison de la minceur de leurs parois. Si l'opération est terminée, du reste, et que l'un ou

l'autre vaisseau résiste à l'action des pinces hémostatiques, le mieux est de placer une ligature ordinaire que l'on attirera autant que possible à l'angle inférieur de la plaie, à côté du pédicule, de préférence aux ligatures perdues en catgut, etc., ou aux pinces à demeure.

Les ligatures perdues ont été introduites dans la pratique dans ces derniers temps. Le procédé consiste à faire des ligatures, comme à l'ordinaire, avec du fil d'argent, de fer, de soie, ou de préférence au catgut phéniqué, à couper très-près du nœud le fil et les tissus liés, et à abandonner ainsi la ligature à elle-même dans la cavité abdominale. Les ligatures s'enkystent et ne donnent ordinairement pas lieu à des accidents consécutifs, au moins chez certains sujets. Le catgut phéniqué, surtout, paraît avoir des avantages marqués, parce que ce fil est susceptible d'être dissous, d'être résorbé. Cette pratique ne doit pas être adoptée d'une manière exclusive, car elle n'est pas exempte de danger. Elle expose consécutivement à des collections purulentes qui peuvent être suivies d'une péritonite mortelle et d'autres accidents, lorsqu'elles ne trouvent pas d'issue libre au dehors. Ces ligatures doivent être réservées pour les cas de ligatures profondes, quand les parties liées ne peuvent pas être attirées sans inconvénient jusqu'au voisinage de l'incision abdominale, ou lorsqu'elles ne peuvent pas être disposées ou être traitées autrement avec plus de sécurité. Depuis 1867, époque dont date l'application courante de mes pinces hémostatiques à toutes les opérations chirurgicales, il m'arrive très-rarement, dans le cours d'une ovariotomie, de recourir à une ligature de vaisseau dans les parties adhérentes. L'opération est ainsi très-simplifiée, et sa durée est moins prolongée. Au bout de quinze minutes d'application des pinces, l'hémorrhagie est ordinairement arrêtée. Les pinces agissent en comprimant d'une manière excessive les tissus pincés, en les desséchant en quelque sorte sous une pression de 6 à 8 kilogrammes environ. Cette pression énergique condense, parchemine, durcit les tissus comprimés et oppose un obstacle mécanique à l'écoulement du sang, ainsi que cela arrive égale-

ment soit par suite de la ligature ou de la torsion des vaisseaux, soit par suite de l'acupressure, du simple pincement prolongé, etc. Le caillot oblitérateur se forme et se consolide consécutivement.

L'hémostase définitive par compression est d'autant plus rapide que le pincement est plus prononcé. Lorsque les pinces hémostatiques doivent servir exclusivement pour l'hémostase définitive, il est préférable de reculer l'articulation des branches vers leur extrémité, de manière à augmenter la longueur du bras de levier de la puissance. On obtient alors une pression de 150 à 200 atmosphères sur l'espace de 10 à 15 millimètres carrés qui est nécessaire en général pour les besoins de l'hémostase des vaisseaux de petit et de moyen calibre. Un ou deux crans d'arrêt, soit à crochet, soit à cliquet, suffisent alors pour les maintenir serrés au point convenable.

Les pinces ne doivent être laissées à demeure que dans des circonstances exceptionnelles, lorsque l'hémorrhagie n'est pas susceptible d'être arrêtée autrement, ou dans les cas où ce procédé d'hémostase est le plus avantageux, par exemple dans la profondeur d'une cavité où l'on peut difficilement atteindre les vaisseaux qui sont le siége de l'hémorrhagie.

(*A suivre.*)

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES TUMEURS RÉTRO-UTÉRINES

Par le Dr Robert Barnes.
Professeur à l'École de médecine de St-Thomas hospital.

Traduction de l'anglais par le Dr A. LUTAUD.

(Suite) (1).

TROISIÈME GROUPE.

Hématocèle rétro-utérine.

Nous allons maintenant rapporter deux observations d'hématocèle rétro-utérine qui présentent, au point de vue du diagnostic, un certain intérêt.

OBS. V. — *Hématocèle rétro-utérine, consécutive à un avortement.*

J'ai vu madame S..., le 17 novembre 1872, en consultation avec le Dr J.-W. Todd, de Mile End. Elle avait eu un enfant il y a quelques années et s'était mariée de nouveau depuis quatre mois. La menstruation a cessé au mois d'août et l'on supposait une grossesse de trois mois, lorsque survint une abondante hémorrhagie vaginale accompagnée de vives douleurs abdominales et pelviennes. Un avortement fut la conséquence de cette hémorrhagie, mais les douleurs persistèrent. Il y avait en même temps une rétention d'urine, et la défécation était douloureuse. La vessie fut vidée avec le cathéter; l'urine était trouble et contenait des lithates et des phosphates.

Au moment de l'examen, le pouls était à 100; il n'y avait ni frisson ni élévation prononcée de la température; le ventre était distendu, et

(1) Voir *Annales de gynécologie*, mars 1878.

il existait de la résonnance à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Le col utérin était ramolli et rapproché de la symphyse, On sentait en arrière du col une masse volumineuse qui déprimait la paroi postérieure du vagin vers le périnée. L'hystéromètre, introduit dans l'utérus, montra que cet organe était antéfléchi. Le toucher rectal permettait de reconnaître la position de la tumeur, qui occupait la concavité sacrée et comprimait les intestins.

On diagnostiqua un épanchement sanguin dans le péritoine. Il est probable que la formation de cet épanchement a coïncidé avec l'hémorrhagie vaginale et était due au coït pratiqué à un moment où le système vasculaire pelvien était dans un état de tension excessive.

On prescrivit le repos et les préparations opiacées. Il fut décidé qu'on pratiquerait la ponction de la tumeur si des symptômes de pyohémie se montraient.

Il fut nécessaire pendant plusieurs jours de vider la vessie avec le cathéter.

J'ai revu la malade avec le Dr Todd, le 10 janvier 1873; elle éprouve de la dysurie lorsqu'elle est levée ; la menstruation a été abondante : elle a perdu des caillots, ce qui n'avait pas lieu dans les menstruations précédentes ; l'utérus est toujours appliqué contre la symphyse pubienne ; le col est mou, abaissé et volumineux. On sent toujours une masse volumineuse derrière l'utérus ; son sommet dépasse la symphyse pubienne, et l'on peut sentir très-distinctement entre la tumeur et l'utérus une sorte de sillon. L'état général est satisfaisant; pas de fièvre hectique, 80 pulsations ; la défécation s'accomplit sans difficulté.

La tumeur sanguine s'est enkystée au milieu de la lymphe péritonéale.

On applique dans le vagin des suppositoires vaginaux à l'iodure de mercure et à la belladone; la malade prend de l'iodure de potassium et du quinquina.

J'ai appris depuis par le Dr Tood que la malade allait mieux. Au bout de deux mois, elle pouvait se lever et aider son mari dans son travail. Il n'existe aucun écoulement par le vagin ni par le rectum. La tumeur diminue graduellement de volume, et la menstruation s'accomplit normalement.

OBS. VI. — *Hématocèle rétro-utérine et périmétrite.*

J'ai vu Mme B... en novembre 1873, en consultation avec les Drs Sidney Jones et Chapman. La malade a eu plusieurs enfants, et son histoire est un peu complexe.

Il y a deux mois, elle éprouva subitement une vive douleur en soulevant un objet pesant. Cette douleur persista avec plus ou moins d'intensité, et elle était sur le point de consulter le Dr Chapman, lorsqu'elle fut la victime d'un accident de chemin de fer. Renversée par un train, elle eut deux grandes plaies à la tête, qui guérirent par première intention. Elle ne perdit pas connaissance au moment de l'accident, mais elle éprouva peu de temps après une vive douleur dans l'hypogastre. Je vis la malade dix jours après; MM. Jones et Chapman avaient découvert une tumeur située derrière l'utérus. Je trouvai cet organe abaissé et légèrement antéversé; le col était entre'ouvert; la sonde pénètrait à la profondeur normale. De chaque côté du col et en arrière, on sentait une masse ferme et résistante qui s'opposai à la libre entrée du doigt dans le vagin. Cette tumeur était ferme et arrondie; elle occupait la concavité sacrée de la fosse iliaque droite, où l'on pouvait la sentir par la palpation abdominale.

On diagnostiqua une périmétrite ancienne et un épanchement sanguin qui fut attribué au *schock*, résultant de l'accident de chemin de fer qui était justement survenu pendant une époque menstruelle.

En décembre 1876, j'ai appris par le Dr Chapman que la tumeur avait graduellement diminué de volume et avait fini par disparaître dans l'espace de quelques semaines. Il n'y avait aucun écoulement vaginal ou rectal; la constipation avait été très-opiniâtre.

La terminaison de ce cas montre que le diagnostic avait été juste et qu'il s'agissait réellement d'un épanchement sanguin. Aucune autre tumeur ne serait disparue aussi rapidement à un moment donné.

L'observation V est un exemple d'hématocèle survenant sous l'influence de l'avortement et du coït. L'observation VI montre l'influence du *shock* pendant la menstruation. Toutes les secousses physiques et mentales déterminent un afflux dans le système vasculaire du bassin, qui peut se traduire par une

rupture de vaisseaux et un épanchement sanguin. C'est la sonde qui permet dans ces cas d'assurer le diagnostic. On peut même dire que, lorsque la tumeur sanguine est peu volumineuse, la sonde seule permet de la distinguer de la rétroflexion. Mais il est assez fréquent de voir la masse sanguine, encapsulée par des épanchements plastiques, s'élever jusqu'au niveau de l'ombilic. Le diagnostic est alors plus facile. Ce n'est, du reste, que dans les cas de rétroflexion incomplète, lorsque le corps de l'utérus s'élève dans la cavité abdominale, qu'on peut méconnaître les grands épanchements sanguins.

On trouvera dans le groupe suivant quatre cas très-intéressants de kystes dermoïdes. Je les ai placés ici, parce qu'ils pourront nous fournir quelques renseignements utiles pour l'étude des tumeurs rétro-utérines contenues dans les autres groupes et dont le diagnostic n'a pas été suffisamment éclairci. Ils seront également très-utiles à comparer avec les observations de grossesse rétro-utérine qui précèdent.

QUATRIÈME GROUPE.

Kystes dermoïdes.

Obs. VII. — *Kyste dermoïde contenant de l'huile. Ponction. Guérison.*

Mme M..., âgée de 42 ans, est venue me demander mes soins en novembre 1874. Elle a eu des enfants, mais pas récemment. Elle éprouve depuis quelque temps des troubles dans la région pelvienne, se traduisant par un sentiment de plénitude et de tiraillement; il n'y a ni constipation ni aucun désordre du côté de la vessie. On découvre derrière l'utérus une tumeur qui descend jusqu'au niveau du col. L'examen rectal montre que cette tumeur est ferme, élastique et parfaitement adaptée à la concavité sacrée.

Après avoir chloroformé la malade, j'ai ponctionné la tumeur avec l'aspirateur. L'aiguille fut introduite par le vagin, en arrière du col utérin, parallèlement à une sonde préalablement introduite dans la

cavité de l'utérus. On retira environ 500 grammes d'un liquide huileux qui se figeait par le refroidissement. Une fois le kyste vidé, on crut sentir dans sa cavité quelques nodosités pouvant faire supposer la présence de dents, mais ce point ne put être éclairci.

L'utérus reprit à peu près sa place dans la cavité pelvienne. La malade éprouva une grande prostration; elle fut maintenue au lit, et aucun symptôme de péritonite ne se présenta, à moins qu'on ne considère comme tel une légère accélération de la respiration et du pouls.

Lorsqu'elle se crut rétablie, elle voulut faire une promenade en voiture, mais elle faillit se trouver mal en montant quelques marches. Elle ressentit aussitôt une douleur abdominale; la peau devint chaude; le jour suivant la température atteignit 38°. L'utérus était abaissé; on sentait derrière le col une tumeur dure, qui augmenta rapidement de volume, et ne tarda pas à pousser l'utérus en avant.

La malade fut anesthésiée par le protoxyde d'azote, et je pratiquai une deuxième ponction qui donna environ 60 grammes d'un liquide huileux, purulent et fétide; la tumeur s'affaissa. Elle eut un peu de fièvre et de prostration; mais les symptômes généraux furent moins prononcés qu'après la première ponction. Quatre jours plus tard, la tumeur n'était plus réprésentée que par une petite masse très-indurée. Au bout d'un mois, la malade allait bien et put partir pour le nord de l'Angleterre; il y avait cependant un petit écoulement purulent sur le point ponctionné. Je la revis au mois de juillet 1875, et je découvris encore une petite induration derrière l'utérus; la santé générale était excellente.

J'eus encore une occasion d'examiner la malade au mois d'août 1876; elle allait parfaitement bien, quoiqu'on pût encore sentir derrière l'utérus les traces de la tumeur.

Obs. VIII. — *Kyste dermoïde. Dystocie.*

Le 12 décembre 1876, je fus appelé en consultation par les Drs Corbet et Biddle pour un cas de dystocie occasionné par une tumeur pelvienne

La malade était une femme grande, forte et robuste. Elle avait eu un premier enfant il y a quatre ans, et l'accouchement s'était effectué sans la moindre difficulté. A l'occasion de la naissance d'un deuxième enfant, survenue il y a deux ans, le Dr Corbet avait remarqué la

présence d'une tumeur derrière l'utérus. L'accouchement eut lieu cependant sans occasionner aucun trouble sérieux.

Au moment où je suis appelé, le travail est arrêté par la présence de la tumeur que M. C... a déjà constatée deux ans auparavant.

A neuf heures du soir, nous constatons que la tête est engagée et qu'elle est arrêtée par une tumeur de la grosseur d'une noix de coco, qui repousse l'utérus en avant et laisse seulement un intervalle de deux travers de doigt entre elle et la symphyse pubienne. La question de l'opération césarienne fut agitée. Il était en effet évident que, si l'on ne parvenait pas à réduire le volume de la tumeur, l'extraction de l'enfant était impossible, même en pratiquant la craniotomie et la céphalothripsie.

Nous pratiquâmes la ponction par le vagin ; il s'écoula un liquide crémeux, et la tumeur s'affaissa au point de permettre l'introduction du forceps. La tête de l'enfant s'engagea ainsi dans le bassin, poussant en avant la tumeur, qui devint très-tendue et fit saillie vers le périnée. Une seconde ponction, pratiquée par le rectum, donna issue à un litre et demi d'un liquide crémeux ; un paquet de cheveux s'était engagé dans la canule au moment où on la retirait. L'accouchement se fit alors aisément, et la malade donna naissance à un enfant vivant et bien portant.

Le placenta, ce qui avait déjà été noté dans les accouchements précédents, était adhérent. La malade alla bien; mais au bout d'un mois elle perdit ses forces et devint émaciée. Elle fut admise à l'hôpital Saint-Georges, en mars 1877.

Je constatai par le toucher rectal une tumeur fluctuante dans la concavité sacrée. Elle fut ouverte par le vagin, et à l'aide du petit crochet représenté dans la figure 3 (voy. le numéro précédent) je pus extraire un paquet de cheveux. Le kyste s'affaissa, une légère suppuration s'établit pendant quelques jours. La malade est aujourd'hui en voie de guérison.

Un cas semblable a été publié par Denman et un autre par Ramsbotham.

Obs. IX. — *Kyste dermoïde. Inflammation. Suppuration consécutive à l'accouchement. Pyohémie. Mort.*

Mme J. F... est admise à l'hôpital Saint-Georges le 1er septembre

1875, après être accouchée. Le travail avait été laborieux, et elle avait eu des frissons quelques jours après l'accouchement, en même temps qu'elle avait ressenti de vives douleurs dans la région abdominale. Au moment de son admission, elle était très-émaciée et accusait une douleur et un sentiment de plénitude dans la fosse iliaque gauche. L'utérus était porté en avant par une masse volumineuse et fluctuante, qui occupait la partie postérieure de l'organe et semblait se prolonger dans la fosse iliaque gauche. Pendant qu'on pratiquait l'examen, on observa un léger écoulement purulent par le rectum ; on en conclut que le kyste s'était ouvert spontanément, et on renonça à pratiquer la ponction. L'écoulement purulent continua et la tumeur diminua de volume, en même temps quelle devint plus dure.

Le 11 septembre, la malade eut des frissons et la température s'éleva de 39°5 à 40°.

Le 15, elle accuse une douleur dans la région hépatique droite, elle a de la diarrhée; l'écoulement du pus par le rectum semble diminuer, mais le 17 une grande quantité de pus s'échappe par ce canal. La température redevient normale.

Depuis ce moment, la malade baisse graduellement et devient de plus en plus émaciée ; elle meurt le 14 novembre, cinq mois et demi après son accouchement.

Autopsie. — Le corps est extrêmement émacié ; il existe de nombreuses eschares dans la région lombo-sacrée. Les poumons sont adhérents, et l'on constate la présence d'une cavité dans le lobe supérieur gauche, contenant du pus. Pas d'autres traces de dépôts secondaires. Le cœur est sain. Le foie adhère au diaphragme ; quoique ayant son volume normal, il est d'une consistance molle et huileuse. Les intestins adhèrent entre eux, le péritoine est épaissi par des exsudations anciennes. Le tissu cellulaire qui entoure le rectum et l'utérus était dense et infiltré. A droite, entre le rectum et l'utérus, on trouvait une tumeur qui avait eu pour point de départ le stroma de l'ovaire, et contenait des cheveux et une substance granulaire demi-solide. Ce kyste, qui contenait également du pus, communiquait avec le rectum par une petite ouverture fistuleuse. Le sang des veines de la jambe gauche était coagulé.

Obs. X. — *Kyste dermoïde suppuré après un accouchement.*

Madame T... vint à Londres au commencement de 1874, peu de

temps après son premier accouchement, qui avait eu lieu au mois de septembre de l'année précédente. Le Dr Gibson, de Newcastle, qui avait pratiqué l'accouchement n'avait pu découvrir l'orifice utérin et avait été obligé de pratiquer une incision dans le tissu de l'utérus pour délivrer l'enfant. Aussitôt après la délivrance on retira de l'utérus une masse de cheveux. « Après avoir incisé l'utérus, dit le Dr Gibson, je le trouvai rempli de cheveux, et je crus un instant avoir pénétré dans un kyste dermoïde; cependant, lorsque l'utérus fut débarrassé de son produit je reconnus que ces parois étaient normales. Les cheveux qui furent extraits après la délivrance avaient la même couleur que ceux de l'enfant. »

Peu de temps après l'accouchement un abcès se forma derrière l'utérus et vint s'ouvrir dans le vagin ; un pus fétide continua de s'échapper par l'ouverture de l'abcès, qui fut maintenue ouverte par les soins du Dr Gibson.

En examinant la malade, je trouvai derrière l'utérus une tumeur de la grosseur d'une orange qui s'ouvrait dans le vagin par une petite ouverture située derrière le col. Après avoir chloroformé la malade, j'agrandis l'ouverture avec le bistouri, de manière à permettre l'introduction du doigt dans le kyste. Je pus alors extraire plusieurs paquets de cheveux entremêlés de matière sébacée et exhalant une odeur fétide. Un peu plus tard des paquets de cheveux furent expulsés spontanément ; mais chaque expulsion était précédée de vives douleurs.

La malade fut chloroformée une seconde fois et l'on retira du kyste, à l'aide du crochet dont j'ai parlé plus haut, une grande quantité de cheveux dans lesquels se trouvait une dent incisive. Une injection iodée fut ensuite pratiquée. Une deuxième dent fut expulsée le jour suivant ; mais on ne put découvrir aucun autre corps étranger dans le kyste.

D'autres injections iodées pratiquées par la suite déterminèrent une péritonite. Les symptômes aigus étant dissipés la malade alla résider à Sheffiield, où elle fut soignée par le Dr Jackson qui m'a donné les renseignements suivants au mois de juin 1874 : « J'ai continué les injections iodées et j'ai constaté une diminution dans le volume du kyste. Mais la malade a eu une attaque de péritonite à la suite d'une longue course en voiture. Elle fut très-affaiblie mais se releva cependant. Le kyste a continué de suppurer et il est probable que les follicules pileux ne sont pas détruits, car on constate toujours la présence des

cheveux. Il y a toujours un écoulement fétide mais la santé générale est bonne. L'extrême susceptibilité de la malade et la tendance aux inflammations péritonéales m'ont empéché de mettre à exécution l'idée que j'avais d'injecter une forte solution iodée dans le kyste afin de détruire les surfaces sécrétantes. »

J'ai revu la malade le 13 janvier 1877. L'écoulement a diminué et il est moins fétide. Je retire encore un petit paquet de cheveux avec le crochet. Le kyste a cependant diminué de volume et il ne mesure plus que 2 centimètres et demi de profondeur. J'espère qu'il arrivera à s'oblitérer.

Dans ce groupe, nous avons des exemples de la terminaison la plus fréquente des kystes dermoïdes; dans certains cas, ils deviennent passifs, ne donnent lieu à aucun symptôme et sont accidentellement decouverts dans une autopsie. Mais le plus souvent ils deviennent actifs et nuisibles par le fait de la grossesse et de l'accouchement; ils sont soumis à cette loi sur laquelle j'ai souvent insisté, à savoir que la grossesse est la *pierre de touche* d'une bonne santé. La grossesse montre presque toujours les côtés faibles de la constitution et les altérations de structure qui peuvent exister dans l'économie. C'est ainsi que, dans l'observation VIII, nous trouvons un kyste dermoïde qui n'avait déterminé aucun trouble jusqu'au moment de la grossesse et devint ensuite un obstacle mécanique à l'accouchement. Si le volume du kyste n'avait pas été réduit pour permettre le passage de l'enfant, on aurait probablement observé une lacération de l'utérus ou du vagin, ou tout autre accident qui aurait probablement entraîné la mort. Cette terminaison fatale fut observée dans l'observation IX; dans l'observation X, la suppuration eut lieu également; mais la malade a heureusement guéri.

Dans toutes ces observations, le diagnostic était incertain au début. Dans les cas IX et X, il était facile de découvrir la présence d'une tumeur rétro-utérine qu'on pouvait prendre pour un abcès pelvien; mais ce n'est qu'après avoir découvert des cheveux ou des dents qu'on a pu diagnostiquer un kyste dermoïde et, dans l'observation X, le diagnostic ne put être fait

qu'après la mort. Dans les observations VII et VIII, la matière huileuse obtenue par la ponction était suffisamment caractéristique. On peut maintenant se demander si quelques-uns des phlegmons pelviens qu'on observe après l'accouchement ne sont pas en réalité des kystes dermoïdes suppurés, dont le contenu passe inaperçu.

Les cas que nous allons étudier dans le groupe suivant diffèrent assez de ceux qui précèdent.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Rapport sur le prix Huguier.

M. Bernutz donne lecture du rapport sur le prix Huguier, pour l'année 1877.

Vous avez cette année, Messieurs, à décerner, pour la première fois, le prix triennal que la veuve de notre honorable et si regretté collègue Huguier a généreusement fondé pour réaliser la libérale intention de son cher mari, de contribuer encore après la mort aux progrès de la gynécologie française, auxquels il a pris une si large part pendant sa vie. Il avait formulé pour cela le désir, aujourd'hui exaucé par les soins de sa digne compagne, que vous soyez chargés de décerner, tous les trois ans, un prix de 3,000 fr. non partageable à l'auteur *français* du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les maladies des femmes, datant de la période triennale, précédant chacun des concours. A ce programme général, M. Huguier a ajouté un certain nombre de clauses, qui précisent ses intentions ; il a en particulier indiqué : que vous ne deviez pas restreindre votre choix aux ouvrages adressés à l'Académie, et que vous aviez le droit de décerner le prix à l'auteur du travail gynécologique qui vous paraîtrait le meilleur, alors même que cet auteur n'aurait fait aucun acte de candidature.

Cette clause exceptionnelle, très-libérale sans doute, a, je dois vous le signaler, rendu singulièrement difficile le travail de la com-

mission, composée de MM. Alphonse Guérin, Marrotte, Verneuil, de notre regretté collègue Voillemier et de moi, que vous avez chargé de vous présenter un rapport pour ce prix. Votre Commission a dû, en effet, non-seulement examiner les sept ouvrages qui ont été adressés à l'Académie, mais passer en revue tous les travaux gynécologiques français publiés en 1874, 1875 et 1876, qui n'émanaient pas de membres de votre savante compagnie.

Je ne recommencerai pas devant vous cette longue revue, que vient parfois compliquer la difficulté de se procurer certains des travaux à analyser : cela m'entraînerait beaucoup trop loin ; je me bornerai à vous indiquer sommairement les ouvrages adressés à l'Académie et à analyser les deux mémoires dont les auteurs n'ont pas fait acte de candidature, qui ont paru à votre commission le mieux répondre aux intentions de M. Huguier, que je dois vous signaler. Il a absolument exclu les travaux gynécologiques qui seraient afférents à l'obstétrique, pour lesquels vous avez le prix Capuron, et il a recommandé tout particulièrement à vos suffrages les travaux qui seraient basés sur des données anatomiques et qui seraient consacrés à l'étude d'affections génitales dans lesquelles on trouve l'indication d'une intervention chirurgicale. Nous avons tenu compte de cette recommandation dans nos appréciations.

L'Académie a reçu sept ouvrages, trois imprimés, que je vous signalerai les premiers, et quatre mémoires manuscrits :

1° La seconde édition du *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, par MM. Nonat et Linas, que vous connaissez tous.

2° Le *Traité des maladies des ovaires*, par M. le Dr Boinet, que vous connaissez tous également.

3° Un travail de M. le Dr Dechaux, de Montluçon, fort inexactement intitulé : *La Vérité sur les maladies de l'utérus*, qui ne supporte pas l'analyse.

4° Un mémoire manuscrit de M. le Dr Savoye, d'Auffay (Seine-Inférieure), intitulé : *Etude sur le prolapsus utérin*, qui a pour but de préconiser l'emploi de l'acide tannique comme moyen curateur de la chute de la matrice.

5° Un mémoire également consacré au *Traitement du prolapsus utérin*, par M. le Dr Brame, de Tours, qui exalte les avantages de la solution alcoolique de tannin pour guérir la descente utérine.

6° Un mémoire sur les *Affections utérines en général et sur les déviations de cet organe en particulier*, par M. le Dr Gairal, de Carignan (Ar-

dennes), destiné à démontrer les heureux effets des moyens contentifs, ingénieux, que l'auteur a inventés, et plus spécialement destiné à démontrer les mérites du pessaire qui porte le nom de l'auteur, que vous connaissez tous.

7° Un mémoire sur les *Phlegmons pelviens d'origine puerpérale*, difficile à analyser à cause du mauvais état du manuscrit. Ce mémoire, auquel est annexé un pli cacheté fort inutile, est, comme l'indique l'auteur, une seconde édition, revue et prodigieusement augmentée. de la thèse inaugurale qu'il a soutenue en 1867 à Strasbourg, n° 55. Ce travail, très-complet, surtout au point de vue historique et au point de vue de la discussion de toutes les opinions afférentes au sujet, constitue, on peut dire, un excellent article de compendium sur les phlegmons pelviens d'origine puerpérale, dont la publication serait très-utile. Malheureusement nous n'avons pu trouver, dans les développements considérables qu'il présente, aucune idée nouvelle qui ne soit dans la thèse inaugurale, · très-intéressante, que notre honorable confrère de Lunéville a écrite, comme il se plaît à le reconnaître, sous l'inspiration de M. Stoltz, et qui ne peut, à cause de cela, être considérée comme une œuvre bien réellement originale.

On ne peut faire un semblable reproche aux deux mémoires dont les auteurs n'ont pas fait acte de candidature, que j'ai à vous analyser. L'un de ces mémoires, intitulé : *Des atrésies complexes des organes génitaux de la femme*, est dû à un de nos gynécologistes les plus distingués, M. Puech, médecin de l'hôtel-Dieu de Nîmes, qui l'a publié dans les *Annales de gynécologie* (1875). L'autre, ayant pour sujet les *Lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie interne*, inséré dans les *Archives de tocologie* (1875), est de M. Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Le mémoire de M. Puech, remarquable, comme tous ceux qu'il a publiés, par la richesse des documents empruntés à la littérature médicale qu'il contient, est consacré à l'étude d'un vice de conformation des organes génitaux des plus intéressants. Ce vice de conformation complexe se révèle après l'établissement de la menstruation par une série d'accidents presque fatalement mortels, si on ne parvient, malgré la difficulté que cela présente, à en reconnaître la cause et à y obvier en temps utile par une intervention chirurgicale. La difficulté du diagnostic dans ces cas tient à la complexité du vice de conformation qui dédouble, si l'on peut ainsi dire, l'utérus en deux cavités indépendantes, dont l'une devient, par le fait de l'im-

perméabilité de son conduit d'excrétion, le siége d'une accumulation du sang menstruel, tandis que l'autre moitié de l'utérus, perméable, met au dehors la sécrétion cataméniale. Cette disposition donne lieu à un ensemble symptomatique hybride, d'une interprétation difficile pour tout médecin qui n'est pas prévenu de l'existence des faits de cette espèce, en ce qu'on voit chez des femmes, affectées de ce vice de conformation, coïncider à une menstruation, en apparence normale, le développement de toute la série d'accidents qu'entraîne la rétention menstruelle. Elle a uniquement pour siége, dans ces cas, une des moitiés des voies génitales dédoublées, ce qui légitime jusqu'à un certain point la dénomination malencontreuse d'hématomètre unilatéral adoptée par M. Puech, qui est peu compréhensible et n'indique pas d'une manière explicite la désharmonie symptomatique qui donne un caractère si particulier au groupe de faits collectionnés par l'honorable médecin de Nîmes.

La décevante anomalie qui existe dans ces faits, dont la découverte est toute française, s'explique très-facilement aujourd'hui, grâce aux notions précises que nous avons sur le développement des organes génitaux. Elle est, comme l'a soigneusement indiqué M. Puech, le fait d'un double arrêt, à peu près contemporain, qui est survenu de la hutième à la douzième semaine de la vie fœtale, dans l'organisation de la partie inférieure des deux canaux de Muller, qui doit, en se métamorphosant, constituer l'utérus et la plus grande parti du vagin. L'un de ces arrêts de développement, de date un peu plus récente que l'autre, consiste dans un défaut de fusion de la partie inférieure des deux canaux de Muller, qui doivent dans un premier temps se souder l'un à l'autre, et dans un second se confondre, par la disparition de la double cloison qui séparait les deux cavités. L'autre arrêt de développement, d'une importance plus considérable, en ce que c'est de lui que relève la rétention menstruelle, consiste dans un défaut de creusement d'un point plus ou moins étendu de la partie inférieure de l'un des canaux de Muller, le plus souvent le droit. Le siége plus ou moins inférieur du défaut de canalisation du canal de Muller donne lieu à une imperforation soit vaginale, soit utérine. Je dois vous signaler que le défaut de canalisation peut, dans ce dernier cas, suivant son étendue, rendre imperméable le méat utérin seulement, ou au contraire le col tout entier d'une partie du corps, qui, par suite de l'état rudimentaire dans lequel il reste, constitue une sorte de ligament plein, qui rattache au demi-utérus

normal la corne utérine imperforée. Chacune de ces trois variétés de l'hématomètre unilatéral présente une marche en général d'autant plus rapide que l'imperméabilité, vaginale dans la première, cervico-utérine dans la seconde, utérine et presque tubaire dans la troisième, est plus éloignée de la vulve. Le siége plus ou moins élevé de l'imperforation rend surtout de plus en plus ardu le diagnostic, parce que la base de la tumeur hématique est de moins en moins facilement accessible au toucher. Il en résulte qu'il est excessivement difficile dans la troisième variété, que M. Puech a presque complètement laissée dans l'ombre quoiqu'il l'ait étudiée séparément dans une publication de 1874, mais qu'il est au contraire très-facile dans la première variété, lorsque surtout l'imperforation occupe la partie inférieure du vagin et que l'extrémité de la tumeur hématique vient, par suite de son siége, faire saillie à la vulve en arrière des caroncules myrtiformes.

L'existence du vice de conformation se traduit, comme je vous l'ai dit, à la révolution pubère, qui se produit ordinairement à l'époque normale. Malheureusement la menstruation, qui semblerait devoir être, chez les femmes affectées de ce vice de conformation, moitié moindre qu'à l'état normal, est chez elles d'une durée et d'une abondance très-variables ; elle est souvent, chez un grand nombre d'entres elles, très-irrégulière dans son retour, contrairement à ce qu'on observe dans l'hématomètre simple, et cette irrégularité complique singulièrement le diagnostic.

Aussi M. Puech, après avoir insisté sur les caractères tout particuliers des accidents auxquels donne lieu la rétention menstruelle, en particulier; sur la concordance avec la menstruation des accès de dysménorrhée cruelle auxquels les malades sont en proie; sur leur aggravation graduellement croissante; enfin sur l'augmentation, par saccades coïncidant avec la menstruation, de la tumeur, en général iliaque droite, qui résulte de l'ampliation par le sang menstruel de la moitié des voies génitales, a-t-il cru devoir revenir sur ce que chacun de ces symptômes présente de spécial, en citant à l'appui de sa description une ou plusieurs observations.

Il a, en particulier, étudié avec le plus grand soin les signes physiques de la tumeur qui résulte de la distension des voies génitales, a signalé minutieusement les différences que le siége vaginal ou utérin imprime à la base de la tumeur, qui est accessible au toucher vaginal et rectal. Elle fait, dans la première variété, une saillie la-

térale dans le vagin, qui descend plus ou moins bas, suivant que l'imperméabilité occupe un point plus ou moins inférieur du demi-vagin imperforé ; elle distend plus ou moins fortement un des culs-de-sac vaginaux dans la seconde ; elle n'est accessible, dans la troisième, qu'en déprimant plus ou moins fortement avec le doigt le cul-de-sac vaginal, qu'elle élargit. Après cette description, il a cherché la valeur de chacun des signes physiques auxquels donne lieu la tumeur pour en déduire, en les rapprochant de la marche et des caractères des accidents, le diagnostic différentiel des affections avec lesquelles l'hématomètre unilatéral peut être confondu et spécialement celui de l'hématocèle péri-utérine.

L'insistance que M. Puech a mise dans l'exposé du diagnostic différentiel s'explique malheureusement par l'énorme mortalité qu'a entraînée jusqu'ici l'hématomètre unilatéral. On est intervenu chirurgicalement 26 fois, et bien que cette intervention ait consisté le plus souvent en une simple ponction ou incision, 8 fois elle a été suivie de mort. Il ressort de la lecture des observations que ces 8 morts doivent être attribuées à ce que l'opération a été faite à une période trop tardive, et c'est le plus souvent à cause de la difficulté qu'avait présentée le diagnostic, qui jusqu'à présent n'avait pas été tracé d'une manière suffisante.

Aussi ne peut-on s'empêcher de reconnaître que M. Puech a rendu un véritable service, en appelant non-seulement l'attention sur ces faits trop peu connus, mais en cherchant à en tracer, à l'aide des trente et quelques observations publiées, une histoire pathologique qui puisse servir de guide aux praticiens dans ces cas exceptionnels.

Je dois d'ailleurs vous signaler que ce mémoire n'est qu'un travail complémentaire des longues et nombreuses recherches que M. Puech poursuit pour élucider l'histoire de la menstruation et celle des affections qui sont la conséquence des troubles de cette fonction. A ses travaux remarquables sur l'hématocèle (1868) ont succédé : en 1864, son *Mémoire sur les atrésies des organes génitaux en général*, qui a été couronné par l'Institut, ses *Recherches sur la première apparition des règles et leur cessation chez les femmes de Nîmes*; sa *Monographie des ovaires* ; enfin, en 1874, sa première publication sur une variété des atrésies complexes (*Annales de gynécologie*), qui tendent tous à ce but. Cette large contribution scientifique, que sont venues augmenter les nombreuses publications de M. Puech sur divers points de la gynécologie, a valu à l'honorable médecin de l'hôtel-Dieu de Nîmes une

notoriété scientifique qui le recommande tout particulièrement à vos suffrages. (*Séance du 2 avril 1877. Bull. de l'Ac. de méd.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Le Dr GALABIN a montré un **métrotome** construit sur les principes de l'uréthrotome de Civiale. L'instrument se compose d'un tube droit dans lequel on glisse un bistouri. L'instrument est construit en vue d'opérer la division de l'orifice interne du col de l'utérus.

Le Dr AVELING fit remarquer qu'avec l'instrument du Dr Galabin, on n'arriverait jamais à couper l'orifice interne.

Le Dr HAYES a montré un **tube en argent pour irriguer l'intérieur de l'utérus** après les accouchements avec des solutions d'acide phénique. Le tube est perforé de petits trous à son extrémité pour que les liquides puissent en sortir sous la forme d'une pluie fine.

Le Dr FANCOURT BARNES montra alors les tubes en caoutchouc durci que le Dr R. Barnes avait fait construire pour faciliter l'injection des liquides quelconques dans l'utérus après l'avortement ou quelques semaines après l'accouchement, quand l'utérus commençait à revenir à son volume normal. Les tubes présentent des trous volumineux près de leurs extrémités, d'où peuvent sortir les fluides contenus dans de l'éponge placée dans les tubes, et qu'on presse avec un piston pour exprimer ces fluides.

Le Dr HERMAN exhiba un **utérus unicorne**. La femme est morte à 49 ans, d'une bronchite. Elle était vierge, et les règles avaient cessé il y a trois ans; du reste, elles ont toujours été insuffisantes, quoiqu'il n'y eût pas de douleurs.

Le Dr MATTHEWS DUNCAN a lu un travail concernant **la traction par la mâchoire inférieure dans les cas où la tête est expulsée après le corps du fœtus.** Il dit que la traction a pour but de produire la flexion de la tête, et l'extraction. Les tentatives dans ce but faites par les doigts dans les fosses canines sont inutiles, parce que la force qu'on peut y exercer par ce moyen est trop faible. Quant à la traction sur la mâchoire inférieure, elle ne produit aucune flexion, et ne peut être que médiocrement forte. La méthode de l'expression de la tête à travers les parois abdominales est peu connue. La traction par l'épine ne donne aucune flexion lorsque la tête est au-dessus du niveau du pelvis. Il faudrait des expériences plus étendues pour savoir avec combien de force on pourrait tirer sur l'enfant sans le tuer.

Le Dr Roper a lu les notes d'un **cas de travail où l'emploi du forceps était spécialement indiqué.** L'enfant, un garçon mort-né, pesait 9 livres 1/2, la tête était très-volumineuse, et les sutures bien ossifiées. Le Dr Roper fit remarquer que, en laissant de côté la mort de cet enfant, il y avait dans ce cas les indications suivantes pour l'emploi du forceps: 1° décharge accidentelle des eaux au commencement du travail. 2° Une femme âgée de 40 ans, dont les nombreux accouchements avaient fatigué l'utérus. 3° Grand embonpoint des parois abdominales, et un état faible des muscles abdominaux. 4° Une tête fœtale grande et durement ossifiée qu'on sentit pendant le travail. 5o Trois heures de progression lente de la tête dans le pelvis, chez une femme qui avait eu 12 enfants vivants.

(*Séance du* 6 *mars* 1878.) Dr Fancourt Barnes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Etude sur l'hypertrophie exulcérative du col de l'utérus dans la syphilis secondaire, par le Dr de Fourcauld (thèse de Paris, 1877). — Le sujet de cette thèse a été fourni à M. de Fourcauld, par M. Aimé Martin, médecin adjoint de St-Lazare qui a publié quelques notes sur cette altération du col dans la syphilis, dans le numéro de novembre 1877 des *Annales de Gynécologie*. Notre jeune confrère a puisé dans les services de Saint-Lazare les matériaux de son travail, et il nous montre qu'à la période secondaire de la syphilis le col de l'utérus prend souvent une teinte d'un rouge violacé, à laquelle succède de l'hypertrophie. Celle-ci se produit surtout aux dépens du diamètre transverse, et très-peu aux dépens du diamètre antéro-postérieur : c'est une hypertrophie en massue. Elle produit dans presque tous les cas une ulcération qui n'entame pas le col; c'est une abrasion de l'épithélium. Elle apparaît à la même époque que les autres accidents secondaires : elle est fréquente, (plus de 48 0/0). Comme les divers accidents secondaires, elle est susceptible de récidives. Elle coexiste fréquemment (66 0/0) avec l'hypertrophie secondaire des amygdales signalée par Tanturris de Naples. Elle ne donne lieu à aucun trouble sensible de l'appareil utéro-ovarien. Elle est contagieuse, mais disparaît assez rapidement sous l'influence du traitement mercuriel, tandis que le traitement local n'a qu'une importance secondaire.

Dr E. Labarraque

De l'allaitement artificiel, par le Dr Joannès GRANGÉ (in-8°, Paris, 1877). — Dans une courte note, qu'il se propose de faire suivre d'une ou plusieurs autres, après avoir reconnu qu'entre l'allaitement maternel, impossible dans certains cas, et l'allaitement mercenaire, si funeste aux nouveau-nés, il existe un moyen mixte, celui d'élever les enfants au biberon, le Dr Grangé se propose d'examiner les meilleures conditions dans lesquelles on devra user de ce moyen, *faute de mieux*. Il repousse de toutes ses forces le coupage du lait de vache, et il arrive, en comparant les analyses du lait de vache et du lait de femme, à conclure, contre l'opinion généralement reçue, que, sauf dans les premiers jours qui suivent la naissance, les enfants dépérissent avec du lait coupé, et qu'au contraire ils profitent avec du lait pur et non écrémé. Dans son argumentation, il totalise les matériaux nutritifs plastiques et respiratoires des deux espèces de lait, et il démontre que, si le lait de femme renferme moins d'aliments plastiques et de beurre, il a plus de sucre de lait, et que, par conséquent, somme toute, l'enfant prend à peu près la même quantité de nourriture de part ou d'autre. Il appuie ses conclusions d'un résumé d'observations recueillies dans une crèche et parmi la population ouvrière du quartier de Passy.

Dr E. LABARRAQUE.

Opération césarienne pratiquée après sept jours de travail; guérison, par le Dr Edw. JENKS. — Le chirurgien américain, mandé en consultation, dut pratiquer une opération césarienne sur une femme de 24 ans, primipare, qui avait perdu ses eaux depuis sept jours, et qui, après des douleurs très-vigoureuses, était absolument épuisée (*exhausted*). Le bras gauche pendait en dehors de la vulve ; par suite de rachitisme, il y avait un rétrécissement du bassin, dont le diamètre conjugué, au détroit supérieur, n'excédait pas 5 centimètres. L'incision abdominale et celle de l'utérus se firent sans difficulté et permirent d'extraire un enfant mort et un placenta normal. Vu l'abondance de l'hémorrhagie par l'incision utérine, le Dr Jenks dut faire rapidement quatre points de suture métallique qu'il abandonna dans la profondeur des tissus. La femme guérit vite et complètement. A propos de ce cas, l'auteur fait observer que l'absence de manipulations antérieures intra-utérines rendait l'opération césarienne plus favorable que l'embryotomie. Il pense, avec beaucoup de chirurgiens, que l'abandon des sutures n'est pas un obstacle à la cicatrisation des tis-

sus, et il déclare que, pour lui, le point important est d'arrêter l'écoulement du sang par les vaisseaux utérins divisés ; il cite, à l'appui de son opinion, l'exemple du professeur Spaeth, de Vienne, lequel ne pouvant, pendant une opération césarienne, arrêter le sang qui provenait de la plaie utérine, n'hésita pas à jeter un lacs autour de l'utérus et à pratiquer l'ablation de cet organe avec l'écraseur linéaire : et le plus curieux, ajoute le chirurgien américain, c'est que la femme guérit.

Dr Edouard Lararraque.

REVUE DES JOURNAUX.

Observations de rétention menstruelle avec ponction, par le Dr Marchal. — L'auteur a présenté à la Faculté de médecine de Nancy deux intéressantes observations de rétention menstruelle traitée par la ponction.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans qui, depuis quatre ans, éprouvait dans la partie inférieure de l'abdomen et dans la région lombaire des douleurs qui augmentaient d'intensité tous les mois durant huit ou dix jours. Une tumeur fluctuante s'élevait jusqu'à 4 centimètres au-dessus de la symphyse, et remplissait le petit bassin. Par le toucher, on constatait que le vagin était libre et que l'obstacle siégeait au niveau du col de l'utérus, dont la portion vaginale n'était plus représentée que par deux tubercules peu saillants entre lesquels se trouvait une dépression. Une ponction fut pratiquée à l'aide d'un trocart courbe au niveau de cette dépression, et il s'écoula une grande quantité de liquide couleur chocolat. Cette opération ne fut suivie d'aucun phénomène de réaction et, vers le cinquième jour, l'écoulement sanguin se transforma peu à peu en écoulement purulent. La menstruation se rétablit avec une régularité qui ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour.

Dans le second cas, c'était une jeune femme de 23 ans, mariée depuis cinq mois, qui se présentait à la Clinique pour être traitée d'une imperforation vaginale dont elle ne s'était aperçue que depuis son mariage et qui empêchait d'une façon absolue tout rapprochement sexuel. Bien portante jusqu'à l'âge de 18 ans, la dame B... avait éprouvé, à partir de cette époque, des douleurs continues dans le bas

ventre et dans la région lombaire. A aucun moment du mois, elle n'avait rien éprouvé qui ressemblât à un molimen menstruel, ni à une hémorrhagie résultant de la déviation de l'écoulement menstruel.

Les mamelles de la femme B... étaient peu développées ; le ventre, bien qu'un peu plus volumineux que d'habitude, se laissait déprimer profondément par la main placée au-dessus du pubis, et ne paraissait pas contenir de tumeur. Les organes génitaux externes étaient bien développés; au-dessus du méat urinaire, on voyait la muqueuse plissée, ne formant un léger relief que lorsque la femme B... faisait des efforts d'inspiration ; cette muqueuse était imperforée et présentait sur la ligne médiane un raphé légèrement saillant. Elle était assez résistante mais se laissait déprimer en doigt de gant, comme si derrière elle se trouvait un canal ; par le toucher rectal combiné avec l'introduction de la sonde dans le canal de l'urèthre, on constatait une assez grande épaisseur de tissus entre le cathéter et le doigt explorateur. Cependant ce n'était qu'à 6 centimètres de hauteur environ que l'on arrivait sur une tumeur molle assez fluctuante remplissant la concavité du sacrum. En déprimant cette tumeur on rencontrait une partie dure située derrière la symphyse pelvienne, et paraissant constituée par le corps de l'utérus fortement rejeté en haut et en avant. L'opération fut des plus simples : la muqueuse hyméniale fut incisée couche par couche ; aussitôt que la dernière couche fut incisée, il s'écoula environ 150 grammes de liquide brunâtre. Cet écoulement dura quelques jours, assez abondant, et finit par disparaître pour être remplacé par un écoulement purulent. L'orifice pratiqué le premier jour était encore trop étroit pour permettre l'introduction du petit doigt ; il fut agrandi à l'aide d'incisions de l'hymen. Le toucher vaginal, pratiqué quelques jours plus tard, permit de constater qu'à part l'imperforation de l'orifice vaginal, les parties génitales de la femme ne présentaient rien d'anormal.

(*Revue médicale de l'Est*, 1er mars 1878.) Dr LUTAUD.

Résultat de cinquante opérations d'ovariotomie pratiquées selon les règles de la méthode antiseptique, par le professeur Carl SCHRŒDER. — L'auteur fait connaître les résultats obtenus dans sa pratique, depuis le 25 mai 1876 jusqu'au 24 février 1878. Le nombre des ovariotomies pratiquées pendant cette période s'élève à 50 ; de ce nombre,

il faut retrancher trois cas ou une dégénérescence cancéreuse a occasionné la mort peu de temps après l'opération. Sur les 47 cas qui restent, il y eut 40 guérisons et 7 morts, ce qui constitue une mortalité de 14.9 pour 100.

Le professeur Schrœder insiste sur la nécessité de réunir un grand nombre de cas pour établir des statistiques valables. C'est ainsi que sur les 21 premières opérations qu'il a pratiquées dans cette série, il eut 6 décès, tandis qu'il n'en eut qu'un seul dans les 23 autres. Il appelle également l'attention sur ce fait que sur 33 malades opérées à la Maternité de Berlin, il n'y eut qu'un décès, tandis que sur les 14 observations pratiquées en ville, il eut 6 terminaisons fatales. Le fait est d'autant plus extraordinaire que la Maternité de Berlin passe pour un établissement très-insalubre et fréquemment visité par la fièvre puerpérale et autres maladies infectieuses.

Le professeur Schrœder attribue ces magnifiques résultats à l'emploi de la méthode antiseptique de Lister, qui a été rigoureusement appliquée dans les 50 opérations. Il pense qu'on peut irriter sans crainte le péritoine dans une atmosphère saturée d'acide phénique, et affirme que les symptômes fébriles ont toujours fait défaut.

Dans le cas fatal observé à la Maternité, la mort était due à une hémorrhagie interne survenue le dix-neuvième jour de l'opération; les six cas de mort survenus en ville sont attribués à des péritonites septiques.

(*Berliner Klinische Wochenschrift*, 18 mars 1878.) Dr Lutaud.

Tumeur phlegmoneuse intra-pelvienne, intéressant le rectum, l'utérus et le plexus sacré. — Guérison, par E. Bermingham. M. D.

Catherine C..., 34 ans, mariée, mère de deux enfants, avorte, le 28 septembre 1875, entre le cinquième et le sixième mois de sa grossesse; enfant mort-né. La fausse couche a été amenée par des fatigues domestiques, et des courses faites avec le dernier enfant, âgé de 3 ans environ. Le jour suivant, la malade eut un frisson, et un peu de douleur dans la région utérine, la température s'éleva à 39°,44, et le pouls à 130.

Prescription. Solution de morphine américaine : 4 grammes (1) de

(1) La solution de morphine de la pharmacopée américaine est 1/600e (traducteur).

deux en deux heures, soulagement complet, dans l'espace de moins de 24 heures.

Deux jours plus tard, retour du frisson et de la fièvre.

Pendant un peu plus de deux semaines, l'ensemble des symptômes fit soupçonner une cellulite périutérine. Pendant ce temps, le traitement consista en fortes doses de morphine, en quinine, en fomentations chaudes, en injections vaginales, en vin, et repos complet. Les selles ne se produisaient que sous l'influence de laxatifs; huile de ricin ou pilules de coloquinte ; mais, après l'apaisement des symptômes inflammatoires, on ne put obtenir d'évacuation, même avec un grain de poudre de jalap composée.

Le 23 octobre, après cinq jours de constipation, l'examen du rectum fit reconnaître une large masse dure, entourant complètement l'intestin; cette tumeur est aussi perceptible par le palper recto-abdominal et recto-vaginal ; utérus immobile. La situation de la tumeur est telle que l'extrémité du doigt peut à peine être engagée dans le rétrécissement rectal qu'elle produit. Elle est plus grosse qu'une forte orange, et fait presque corps avec le bassin, auquel on peut communiquer des mouvements, en saisissant la tumeur par le palper recto-abdominal. Un lavement administré ne franchit pas le point rétréci, il est immédiatement rendu. Je conclus que cette tumeur est un dépôt inflammatoire dû à une pelvi-cellulite. La malade souffre beaucoup de l'accumulation des matières, et, le jour suivant, j'introduis une longue canule au delà du point rétréci et je vide l'intestin en injectant, tour à tour, de l'eau tiède, et en aspirant les matières mêlées à l'eau. Cette manœuvre amène un soulagement de quelques jours.

Le 29, au matin, il y eut une consultation avec le Dr J.-L. Little, et, l'après-midi, avec le Dr T. Gaillard Thomas. A la suite de ces consultations nous conclûmes que la tumeur était un dépôt inflammatoire, suite d'une pelvi-cellulite mais qu'il pouvait avoir existé, avant la fausse couche, quelque altération maligne du côté du rectum, et que, s'il en était ainsi, toute la masse prendrait très-probablement un caractère cancéreux. La malade fut mise à l'usage des toniques, et nous lui fîmes prendre de la crème de tartre et du soufre, chaque soir, comme laxatif, en attendant l'évolution de la maladie.

1er novembre. Pas de selle depuis une semaine, angoisse insupportable dans la région inguinale et le long de la cuisse gauche. Evacuation fécale obtenue comme le 23, soulagement complet.

Le 8. Depuis l'évacuation de la semaine dernière, la crème de tartre unie au soufre a suffi pour amener une selle molle chaque jour, mais, depuis deux jours, la malade souffre beaucoup, elle a rendu ce matin par l'anus des matières limoneuses de mauvaise odeur. Elle a pris de temps en temps de la morphine, contre le symptôme douleur, mais ce remède ne procure plus un calme complet.

Le 15. Il y a deux jours, consultation entre les Drs Willard, Parker, et M. D. Stimson (leur opinion est que la tumeur n'est pas maligne). Ils ont décidé de continuer le traitement pendant quelques mois, et d'y ajouter de l'iodure de fer et de l'iodure de potassium.

1er janvier 1876. L'examen fait constater une diminution réelle du volume de la tumeur. La malade ne souffre pas constamment, mais elle a de temps en temps des paroxysmes douloureux, quelquefois très-violents. Ces accès paraissent de deux natures; ce sont des coliques, calmées par la térébenthine, prise à l'intérieur, et des douleurs coxales et crurales gauches, dues sans doute à l'empiètement de la tumeur sur le plexus sacré, et qui exigent l'emploi de la morphine. Grâce aux laxatifs, les selles sont régulières, l'état général est beaucoup meilleur.

1er février. Le mieux se soutient. Les fèces sont plus solides, et ne sont plus divisées en autant de fragments que précédemment. Les selles sont peu douloureuses. Les douleurs dont j'ai parlé sont aussi beaucoup moindres. L'examen fait reconnaître que la masse morbide se résorbe rapidement, elle est réduite à peu près au volume d'un œuf de poule, et permet de communiquer des mouvements à l'utérus.

Quelques jours plus tard, le Dr G. Thomas revoit la malade; il constate très-nettement l'amélioration de l'état général et la diminution de la tumeur.

1er mars. Mme C... est très-heureuse de pouvoir reprendre la direction de son ménage, et d'avoir une selle tous les deux jours, sans prendre de remèdes. J'ai omis de dire que, dans les premiers jours de décembre, les règles apparurent, et que le soir de ce jour, la malade devint presque folle de douleur; il fallut la calmer avec une injection d'une forte dose de morphine. L'écoulement s'arrêta sous l'influence du médicament, et ne reparut qu'au milieu de février; il fut alors parfaitement normal. Je ne touche pas la malade.

30 juin. Le malade n'éprouve ni gêne ni douleur. Le toucher reconnaît que l'utérus est parfaitement libre et mobile, et que le

rectum a repris son calibre normal. Il reste encore un petit dépôt, qui, très-certainement, ne tardera pas à être absorbé. Ce cas est intéressant, d'abord au point de vue du volume du dépôt. Les gynécologistes reconnaissent tous l'existence de la pelvi-cellulite, et la décrivent, mais aucun, à ma connaissance, n'a signalé un dépôt aussi considérable que celui que je viens de citer. C'est son volume qui, à chaque consultation, a fait discuter sérieusement la question de sa malignité. Puis vient la question du traitement. Quel traitement chirurgical serait justifiable dans un cas de ce genre? La malade souffrait énormément de l'accumulation des fèces, et de la pression subie par le plexus sacré; elle demandait une opération qui pût la soulager. Elle ne prenait plus de nourriture et, un moment, la mort par inanition paraissait imminente. Nous discutâmes l'utilité de la colotomie lombaire, qui aurait supprimé une des causes de douleur, la pression des fèces; cette opération était particulièrement indiquée, si la tumeur était maligne. Nous nous décidâmes cependant à ne pas intervenir. Les matières furent extraites de la même manière que le 23 octobre, chaque fois que leur accumulation devenait pénible.

Ce cas est donc un excellent plaidoyer en faveur de la chirurgie conservatrice.

(*Ohio Medical and Surgical Journal*, vol. I, p. 152.)

Dr Cordes.

(Résumé sur l'incision et la division du col dans la dysménorrhée et la stérilité), par le Dr Montrose A. Pallen.

Dans un article publié par l'*American Journ. of obst.* (juillet 1877), sur l'incision et la discision du col dans la dysménorrhée et la stérilité, le Dr Montrose A. Pallen se prononce décidément en faveur de l'incision, opposée à la dilatation. Il fait remonter l'idée de la dilatation du col à M. John Hall (1627), mari de la fille de Shakespeare, qui préfère la dilatation au moyen de la gentiane, de l'éponge préparée, etc., à l'incision. Pallen croit que l'hystérotome, date d'Albucasis, qui l'aurait figuré d'après Paul d'Égine, qui l'aurait lui-même copié d'après Aetius. H. von Roonhuysen a parlé de la dilatation du col, après avoir publié une lettre de M. Sims, très-favorable à l'incision, et cité des passages des ouvrages d'Emmet, qui est moins en-

thousiaste, de G. Hewitt, de Barnes, de Schrœder et une lettre de Goodell dans lesquels cette opération est décrite. Pallen termine par ces conclusions que je cite textuellement :

A. Dans la sténose congénitale suite d'un développement incomplet ou d'une implantation défectueuse du vagin sur l'utérus, lorsque le canal n'a que le diamètre d'une épingle, incision bilatérale.

B. Dans la sténose acquise à la suite de modifications pathologiques du tissu cervical, si le col est rendu dur par la sclérose et l'atrophie du tissu connectif, quand il existe une diminution du volume des vaisseaux sanguins et une ischémie permanente, col conique allongé, orifice de dimension variable, le plus souvent étroit. Dans ces cas, le corps utérin est le plus souvent volumineux, et il y a un catarrhe endométrique : incision bilatérale.

C. Dans l'antéflexion congénitale, le col est le plus souvent en forme de champignon, induré, pâle, le museau de tanche est plus ou moins étroit, il existe une endométrite catarrhale ; si l'affection est ancienne, le point fléchi est le siége d'une dégénération graisseuse : section postérieure par le procédé d'Emmet, division au niveau du point fléchi.

D. Dans l'antéflexion acquise produite par une inflammation hypertrophique de la paroi antérieure du corps ou par la subinvolution de tout l'organe, ou par l'hyperplasie cervicale postérieure : section postérieure du col, quelquefois division bilatérale de l'orifice interne.

E. Dans les formes variées de l'atrésie du canal cervical, congénitale ou acquise partielle.

F. Dans la rétroflexion du col, habituellement acquise, l'opération est l'opposé de celle que j'ai indiquée pour l'antéflexion ; mais, n'en ayant eu que deux cas, je ne puis formuler aucune règle.

(*American Journal of obstetrics*, juillet 1877, p. 361.

D[r] CORDES.

CORRESPONDANCE.

A M. le Dr LAVILLE (de Gaillac).

Mon cher confrère,

L'intéressante observation publiée, par vous, dans nos *Annales de gynécologie* et les judicieuses réflexions qui l'accompagnent ne suscitent de ma part aucune objection.

Je suis d'accord avec vous sur tous les points.

Vous me faites l'honneur de citer une de mes anciennes leçons cliniques sur le sujet que vous traitez, permettez-moi seulement de rectifier un chiffre par d'autres qui prouveront plus encore la justesse de votre doctrine.

« *Sur* 180 *femmes*, est-il dit dans votre article, *qui ne purent être délivrées, le nombre des décès fut de* 8. »

Voici le résumé de diverses statistiques :

Sur 63 femmes délivrées artificiellement — 6 morts (BECK cité par DEUBEL).

Sur 568 extractions placentaires, 62 morts (RIECKE).

Pour ULSAMER 1 mort sur 13 quand on délivre.

1 sur 2 quand on ne délivre pas.

MEISSNER ne perd que 4 femmes sur 118 en délivrant.

Sur TRENTE-DEUX placentas abandonnés dans l'utérus, VINGT-NEUF morts.

Voyez, mon cher confrère, combien vous avez raison.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Professeur PAJOT.

A M. le Dr LEBLOND.

Permettez-moi un mot, mon cher M. Leblond, sur une autre affaire.

Ne jamais attaquer personne, mais ne point supporter d'agression personnelle sans s'efforcer d'écraser l'agresseur. Ce principe mériterait d'être appliqué.

L'ayant mis en pratique, de mon mieux, tout récemment dans le *Bulletin de thérapeutique*, je tiens à remercier, ici publiquement, les principaux membres du *Comité de rédaction*, MM. Bouchardat, Potain et Beaumetz dont l'honorable impartialité m'a vivement touché.

Je ne saurais oublier, non plus, l'éditeur du *Bulletin*, M. O. Doin, si plein de loyauté et de complaisance. Pr P.

VARIÉTÉS

UN DERNIER MOT SUR L'ANESTHESIE HOMŒOPATHIQUE, DEMI-ANESTHÉSIE OU ANESTHÉSIE MOYENNE.

Quand on recherche les rapports entre le sommeil chloroformique et l'anesthésie générale, voici ce que l'observation des faits m'a paru démontrer.

D'abord le sommeil chloroformique n'est pas du tout l'anesthésie générale. C'est une phase, un état préparatoire indispensable à l'anesthésie, ce n'est pas l'anesthésie.

Le sommeil naturel, sans doute, a ses degrés.

Une excitation légère dissipe le sommeil léger, une impression un peu plus forte est nécessaire pour être perçue pendant le sommeil naturel profond, mais une douleur *vive* est incompatible avec le sommeil naturel.

Il n'en est pas de même pour le sommeil chloroformique. L'observation attentive des phénomènes montre l'anesthésie comme bien *au delà* du sommeil, même profond.

L'étourdissement n'est pas encore le sommeil.

Le sommeil précède l'excitation. L'excitation s'observe avant l'anesthésie complète.

Après l'anesthésie complète, c'est la mort qui peut survenir aussi avant l'insensibilité, et de différentes manières.

Voilà ce qui m'a paru être la règle en obstétrique. Qu'il y ait des exceptions, cela va de soi.

Pour arriver à l'anesthésie *vraie*, les modifications fonctionnelles dont dépend le sommeil sont absolument insuffisantes. Le chloroforme doit les dépasser de beaucoup; il doit, pour aller jusqu'à l'anesthésie générale, produire comme une paralysie des éléments anatomiques destinés à la perception, comme une sorte de mort apparente, temporaire, de ces éléments, sans lésion de structure ou de texture, le retour au fonctionnement physiologique, la cause enlevée, en est la preuve évidente ; mais il faut se garder d'oublier que cette mort apparente et temporaire peu se changer rapidement, et par des modes divers dont tous ne nous sont pas bien connus, en mort définitive.

Serait-il possible, d'ailleurs, qu'il y eût entre le sommeil chloroformique et l'anesthésie *plus* qu'une question de degré, mais une différence d'action sur les éléments nerveux.

Les faits incontestés rappelés dans notre dernier travail (1), savoir: que l'action des substances très-actives sur l'organisme ne *grossit* pas avec les doses, mais change de nature; ces faits fortifient singulièrement cette interprétation du mode de production de l'anesthésie.

On comprendra avec quelle circonspection il convient de s'engager dans des explications de cet ordre et combien, surtout, il faut éviter d'aller au delà de l'interprétation prochaine des faits observés, sous peine de s'égarer dans les broussailles et les brouillards de la métaphysique.

Soit que le chloroforme ait été donné, au début, à doses faibles, moyennes ou massives, ce qu'on peut tenir pour certain, ce que, pour ma part, j'ai pu, comme tout le monde, observer nombre de fois, c'est ceci :

L'anesthésie ayant été complète, il s'écoule, depuis le moment où elle cesse de l'être, depuis l'instant où la sensation douloureuse recommence à être perçue, il s'écoule un temps variable, mais toujours appréciable, avant le retour à la connaissance et à la perception objective. La malade dort, mais *elle sent*.

Donc le sommeil chloroformique n'est pas du tout l'anesthésie générale.

Dans un accouchement, chez une femme complètement anesthésiée, les plaintes et les grognements se font entendre, dès que l'anesthésie diminue, et la femme est encore bien loin d'avoir recouvré ses facultés cérébrales. Elle souffre, elle se plaint, mais elle ne peut ni assembler ses idées, ni s'élancer vers un but déterminé. Souvent le sommeil dure encore pendant un temps assez long, cinq minutes, dix minutes, et pourtant l'anesthésie est nulle, la pointe d'une épingle effleurant la peau suffit pour amener un cri, et la femme dort toujours.

Donc le sommeil chloroformique n'est pas l'anesthésie.

De plus, la période d'excitation, quand elle existe, se trouvant placée entre le sommeil et l'anesthésie, il n'est pas étonnant que « *le demi-chloroforme* » ne la rencontre pas, puisqu'il ne dépasse pas le sommeil intermittent et ne va pas jusqu'à l'insensibilité.

---

(1) Pajot. *De l'anesthésie homœopathique*. Lauwereyns, éditeur.

Et d'autre part, si l'intégrité intellectuelle et sensoriale est complète au commencement de l'inhalation (avec de faibles doses au début, surtout, et contrairement à la méthode de Simpson faussement invoquée), la contraction et la douleur de l'accouchement sont éteintes déjà, alors que le sommeil s'est produit peut-être, mais quand l'anesthésie générale n'est pas, ou est à peine commencée. D'ailleurs, la demi-anesthésie *ne veut pas qu'elle commence*, puisqu'elle dit :

« ... *Si le pincement de la peau n'est pas du tout ou à peine senti, si la patiente enfin n'obéit plus à la voix qui la sollicite, soit à pousser, soit à retenir ses efforts, il faut interrompre et* FAIRE CESSER CET ÉTAT. »

« ... *Il ne faut pas oublier que* LES PLAINTES SONT PARFOIS PLUS BRUYANTES, *pendant la demi-anesthésie* (ou anesthésie moyenne, ou homœopathique), *que pendant le réveil complet.* » (1)

De plus, la période d'excitation peut manquer sans donte, suivant certaines conditions, selon l'âge, le tempérament, les habitudes, le mode d'administration aussi, l'*insuffisance* ou l'excès des doses et de l'absorption. Chez les enfants, par exemple, si l'on veut aller jusqu'à l'*anesthésie vraie*, l'excitation est presque inévitable, sans de fortes doses. Les hommes irritables, les femmes sont dans le même cas.

Au contraire, *si la dose est insuffisante*, ou si l'on procède comme Simpson, d'abord par quantités massives, l'excitation manquera le plus souvent.

Examinons si l'expérimentation s'accorde avec la clinique.

« L'anesthésie ne se produit pas aussitôt que le chloroforme a pénétré dans le sang, elle ne *commence* que lorsqu'il s'y trouve en quantité suffisante, l'anesthésie *cesse* lorsqu'il y a encore du chloroforme dans le sang, mais qu'il n'y en a plus assez pour que l'action persiste. »

« Sous l'influence du chloroforme la sensibilité commence à disparaître d'abord à *l'extrémité périphérique* du nerf sensitif... et remonte ensuite vers les centres. »

« *Effet des anesthésiques.* Les centres nerveux sont-ils atteints tous en même temps par l'action du chloroforme ? Non. Le cerveau est pris le premier. On perd *d'abord* la conscience du *moi*, la connaissance des faits extérieurs. »

« Ainsi que le montre l'observation de l'anesthésie chez l'homme,

---

(1) *De la demi-anesthésie*. Journal du professeur GUBLER.

c'est *d'abord la conscience, la notion du moi*, qui est abolie ; *vient ensuite* la perte de la *sensibilité externe*, c'est-à-dire la réception des impressions produites sur nos organes des sens, *sur la peau*, mais la sensibilité *interne* subsiste encore. »

« Pour que l'anesthésie se produise, il faut donc en premier lieu que le chloroforme soit arrivé dans le sang. Il faut, en outre, que la substance *s'y trouve en quantité suffisante.* Nous savons déjà que si l'on fait pénétrer *trop peu de chloroforme à la fois*, l'élimination conservant son activité normale enlève ce chloroforme, *à peu près complètement*, au fur et à mesure de son entrée, de telle sorte *qu'à aucun moment*, il ne s'en trouve dans le sang *une quantité suffisante* pour entraîner l'anesthésie. »

« L'anesthésie n'est pas autre chose qu'une mort passagère du nerf sensitif. »

« Maintenant comment meurt le nerf sensitif? Il perd son excitabilité et ses propriétés vitales sans doute, mais les perd-il *graduellement, de façon que l'excitabilité nerveuse normale étant représentée par* 20, *elle descend progressivement de* 20 *à* 19, *puis à* 18, *puis à* 17 *et ainsi de suite, jusqu'à devenir nulle ?* NON. Ce n'est pas ainsi que se passent les choses. »

« Quand un élément histologique meurt ou tend à mourir, *son irritabilité avant de diminuer, commence* TOUJOURS *par augmenter et ce n'est qu'après cette exaltation primitive*, qu'elle redescend et s'éteint progressivement. »

« *En science*, c'est toujours la théorie qui règle la pratique, autrement on ne fait que de l'empirisme. »

Extrait des *leçons sur les anesthésiques* par Claude Bernard 1875.

ANALGÉSIE ET ANESTHÉSIE MIXTES.

Par l'association *des injections de morphine combinées avec les inhalations de chloroforme*, des chirurgiens ont obtenu une analgésie et une anesthésie dont MM. le Drs Guibert, de Saint-Brieuc, et Grosjean rapportent des observations intéressantes citées par Claude Bernard.

Mais M. le Dr Grosjean, dont les remarques dénotent une grande expérience de cette anesthésie mixte, dit expressément dans ses conclusions :

« *L'association de la morphine au chloroforme est contre-indiquée dans les opérations chirurgicales où le blessé doit aider le chirurgien.* »

M. le Dr Guibert assure pourtant s'en être bien trouvé dans certains

accouchements. Il rapporte surtout une observation de version, où l'association des deux médicaments, aurait « *complètement dissipé la contracture ou rétraction de la matrice.* »

Si cette propriété de l'association de la morphine et du chloroforme se vérifie, il y aura là une application des plus heureuses et des plus utiles à l'obstétrique, mais il est difficile d'admettre qu'alors l'association des deux substances « *atténue très-notablement la douleur, sans modifier notablement les contractions régulières de l'utérus.* »

Cependant, il ne nous est pas permis d'avoir une opinion à ce sujet, tant que l'expérience n'aura pas prononcé. Nous ne pouvons qu'engager nos confrères, comme nous le ferons nous-même, à la première occasion, à expérimenter la morphine et chloroforme dans les cas de version difficile.

D'ailleurs, aucun médecin ne confondra l'analgésie ou l'anesthésie mixte avec l'anesthésie demie, moyenne ou homéopathique.

L'expérimentation et l'observation démontrent l'inanité de cette dernière. La théorie et l'observation engagent à expérimenter l'anesthésie mixte, avec toutes les précautions nécessaires bien entendu, et dès qu'il y aura une indication formelle.

Les extraits de Cl. Bernard sont surtout recommandés aux méditations de nos confrères.

Une simple remarque en terminant.

Parmi les partisans du chloroforme anodin, les uns le donnent à la fin du travail, les autres après la dilatation, d'autres avant.

Les uns ont vu qu'il rend l'accouchement plus long ; les autres au contraire, qu'il l'active, le facilite et l'abrége.

Les uns veulent qu'on endorme les femmes, les autres s'y opposent formellement, il faut que la femme réponde et obéisse toujours à la voix de l'accoucheur.

Pour les uns, pas de cris et pas de douleurs, pour les autres, les cris peuvent être plus forts, bien que la douleur soit plus faible !

Pour le plus grand nombre, les maladies du cœur et du poumon sont une contre-indication du chloroforme, pour d'autres c'est une raison de plus pour en faire usage, etc.

Les accoucheurs, qui, avec nous, professent « 1° *qu'on doit aujourd'hui donner le chloroforme, pendant le travail,* AVEC TOUTES LES PRÉCAUTIONS CONNUES, *dès qu'il y a une indication,* 2° *que les phéno-*

mènes d'un accouchement naturel, normal et régulier ne sont pas une indication, » attendront pour s'entendre avec leurs confrères, qu'ils se soient accordés entre eux !

Professeur Pajot.

Hôpital de Lourcine. — Cours clinique sur les affections de l'utérus. — M. le Dr Martineau commencera ce cours le jeudi 11 avril, à 9 heures, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

Les mercredis et samedis, à 9 heures, conférences cliniques et examen des malades.

Cours de gynécologie. — Le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, a repris son cours de gynécologie, jeudi 28 mars. Il le continue les jeudis suivants, à 8 heures du soir, à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Il traite des affections utérines, au point de vue de la pathogénie et du traitement.

Policlinique de chirurgie des femmes du Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29. — Du 1er novembre au 31 août : le jeudi à neuf heures du matin, consultations auxquelles assistent les élèves inscrits. A 11 heures, leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

Nomination. — Nous apprenons que M. le Dr Nathan Bozeman, l'un des gynécologistes les plus distingués des États-Unis, que nous avons eu le plaisir de voir en Europe, où il a passé une grande partie de l'année 1876, vient d'être nommé chirurgien du « New-York State Women's Hospital » où il remplace M. Edmond Peaslee, décédé depuis peu de temps.

T. G.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'ACCOMMODATION DU FŒTUS PENDANT LA GROSSESSE, OU DES CAUSES DES DIVERSES PRÉSENTATIONS (1).

Par le Dr Ad. Pinard.
Ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté.

Les résultats que j'enregistrais chaque jour en examinant les femmes enceintes, à l'aide du palper pratiqué pendant les différentes périodes de la grossesse, m'ont convaincu que l'histoire du fœtus pendant la vie intra-utérine, relative à sa situation, à ses diverses attitudes, était insuffisamment connue. Il résulte de mes nombreux examens que, pendant la grossesse, une loi régit les rapports de l'organisme fœtal avec l'organisme maternel.

(1) Extrait d'un ouvrage en voie de préparation : *Traité du Palper abdominal au point de vue obstétrical* — Lauwreyns, édit. Paris.

Cette loi, qui préside à *l'accommodation pendant la grossesse*, est absolument semblable dans ses causes et dans ses résultats à la loi *d'accommodation du travail*, si nettement et si bien formulée par le professeur Pajot (1) : *Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenu est le siège d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant.*

« *Sont régies par cette loi les présentations et les positions dans les bassins normaux et viciés.* »

C'est à l'étude de cette loi que je veux consacrer la première partie de ce travail, en appelant à mon aide l'anatomie, la physiologie, et les résultats fournis par la clinique et la statistique.

Pour procéder avec ordre, il est indispensable d'étudier :

1° L'attitude propre du fœtus dans la cavité utérine ;

2° Les rapports du fœtus avec la cavité utérine ;

3° Les rapports de l'utérus gravide avec la cavité abdominale et la cavité pelvienne ;

4° L'accommodation de la tête du fœtus dans l'excavation pendant la grossesse.

§ I. *Attitude du fœtus.*— Généralement le fœtus, dans la cavité utérine, est recourbé sur sa partie antérieure, la tête fléchie, le menton rapproché du sternum. Les membres supérieurs sont placés le long du thorax, les avant-bras se croisent sur le devant de la poitrine. Les principaux segments des membres inférieurs sont fléchis : les pieds sur les jambes, les jambes sur les cuisses, les cuisses sur l'abdomen, souvent les jambes sont entre-croisées au devant des cuisses.

En résumé, le fœtus, en raison de sa conformation anatomique et surtout de ses articulations, est partout fléchi ; il est ra-

(1) Pajot. Article *Accouchement*. In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

massé sur lui-même, pelotonné, ainsi que le sont au moment d'éclore le poulet dans sa coquille, la chrysalide dans son cocon.

La forme générale du fœtus, ainsi replié sur lui-même, représente assez exactement un ovoïde, dont la grosse extrémité serait constituée par l'extrémité pelvienne, accompagnée des membres inférieurs, et la petite par l'extrémité céphalique fléchie.

Le grand diamètre de cet ovoïde mesure à terme environ 28 à 32 centimètres.

Cette attitude accroupie, dit Cazeaux, ne peut être l'effet de la pression exercée par les parois utérines sur l'enfant, puisque celui-ci est dans une cavité beaucoup plus grande que son volume total; *elle paraît tenir* à l'individu même. Ici, l'élève ne va pas aussi loin que le maître; il ne fait pas appel, comme Dubois, à la *raison instinctive*, puisqu'à propos des causes de la présentation du sommet, il se refuse à l'admettre, mais enfin il paraît tout disposé, lui aussi, à chercher dans un ordre d'idées plus élevé, l'explication d'un fait qui ne lui paraît nullement expliqué par des raisons matérielles.

En dehors des mouvements actifs qui n'ont rien de permanents, le fœtus peut et doit être considéré dans l'utérus comme un être vivant, mais passif. Dès lors, il est soumis aux lois physiques qui régissent tous les corps placés dans les mêmes conditions que lui. La pierre dans la vessie, le calcul dans la vésicule biliaire n'ont pas d'angles saillants, mais arrondis. Le fœtus, lui, arrondit ses angles en se fléchissant, en se rapetissant; chaque pression qu'il supporte, partielle ou générale, due à la contraction utérine ou à la contraction des muscles de la paroi abdominale, chaque mouvement qui lui est imprimé par l'organisme maternel, ont pour résultat, non de le polir, mais de le fléchir, vu qu'il ne peut s'étendre.

Il est vrai que de temps en temps le fœtus, semblant réagir contre sa passivité, accomplit des mouvements brusques dont la cause est certainement physique ou physiologique, et que un

ou plusieurs membres semblent se soustraire à cette loi, mais toujours d'une façon relative et passagère.

Donc, les causes de l'attitude du fœtus sont toutes matérielles et tiennent bien plus aux pressions qu'il supporte qu'à l'individu lui-même.

§ II. *Des rapports du fœtus avec la cavité utérine.* — Bien longtemps avant l'époque où les divers procédés d'exploration employés en obstétrique, de plus en plus perfectionnés, vinrent renseigner les accoucheurs sur la situation du fœtus pendant les derniers mois de la grossesse, un fait, que personne du reste ne pouvait méconnaître, et dont la fréquence devait frapper les esprits, à savoir que le plus souvent, dans les accouchements à terme, l'enfant sort la tête la première, était venu constituer le premier chapitre de l'histoire du fœtus dans ses rapports avec la cavité utérine. On savait donc déjà qu'à la fin de la grossesse, presque toujours, le fœtus a la tête en bas.

Un autre fait ne tarda pas à être observé, c'est que, avant terme, lorsque l'expulsion a lieu, la prédominance des présentations du sommet diminue insensiblement, alors que les autres présentations deviennent plus nombreuses.

Chercher pourquoi ces phénomènes se produisent, comment ils se produisent, fut le souci des accoucheurs depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Il suffit, pour en avoir la preuve, de lire l'historique de cette question, fait par Cohnstein (1) et dont la traduction a paru dans les *Archives générales de médecine* en 1868.

Aussi les explications données, les hypothèses émises, les opinions soutenues sont-elles innombrables. Dans le rapide historique que je vais exposer, je ne rappellerai que les principales.

D'après l'hypothèse hippocratique, le fœtus, pendant les sept

---

(1) *Die Œtiologie der normalem Kindeslage.* Conhstein, in *Monalschrift für Geburtsknnde.* Bd. XXXI, p. 141, 1868.

premiers mois de la gestation, a la tête en haut et est maintenu dans cette situation par des liens venant de l'ombilic.

A partir de cette époque, les liens se déchirent, l'enfant culbutant : la tête vient se placer en bas. Au moment de l'accouchement, l'enfant lui-même cherchait l'orifice utérin.

Telle était la théorie de la culbute qui régna sans conteste jusque dans le milieu du XVIe siècle.

Aristote, tout en partageant l'opinion d'Hippocrate, admet cependant que la pesanteur agit comme facteur pour faire descendre la tête.

Realdus Columbus, le premier, s'éleva contre la théorie de la culbute, et après avoir, à l'aide d'observations recueillies sur des femmes vivantes et mortes, recherché la situation du fœtus dans l'utérus, il admit trois présentations : celles de la tête, du siége et du tronc.

Arantius soutient, en 1564, une opinion qui a trouvé depuis un grand nombre d'adhérents. Le premier, il pense que la tête est en haut, parce que l'utérus, qui a la forme d'un œuf, paraît mieux disposé pour loger la tête dans sa partie supérieure, la plus spacieuse; arrivé à terme, l'enfant, à cause du manque de nourriture et d'espace, ne peut rester dans cette situation, aussi la tête culbute de haut en bas.

Ambroise Paré rapporte à un *sentiment instinctif du fœtus* la cause de la présentation si fréquente du sommet.

Ce furent De La Motte, Smellie, Solayrès de Renhac et Baudelocque qui ruinèrent complètement la théorie de la culbute, en même temps qu'ils commencèrent à étudier les changements de présentation du fœtus pendant la grossesse.

Considérant la petitesse de l'enfant, dit Baudelocque, dans les premiers mois, la grandeur de l'utérus, l'abondance du liquide amniotique, on ne peut admettre que le fœtus reste immobile pendant des mois entiers sur la partie inférieure de l'utérus.

Bichat pense également que le fœtus ne peut prendre aucune situation fixe pendant la première moitié de la grossesse, à cause de sa légèreté et de la brièveté du cordon ombilical, et

que ce n'est qu'à une certaine période que la tête se fixe en bas.

Dubois, après avoir ruiné par des expériences la théorie de la pesanteur comme cause des présentations céphaliques, se rallia à l'hypothèse d'Ambroise Paré, et pensa que le fœtus, par *des déterminations instinctives ou volontaires*, choisissait l'attitude la plus favorable pendant la grossesse, et ensuite au moment du travail.

Bien que Dubois ait démontré qu'en plongeant des fœtus de 4 à 9 mois dans des vases remplis d'eau, le dos ou l'épaule gagnaient plus rapidement le fond que la tête, la théorie de la pesanteur fut reprise par J. Mathews Duncan et Veit.

Simpson, comme Dubois, ne reconnaît pas l'influence de la pesanteur comme cause de la présentation de la tête.

Voici quelles objections il fait à cette manière de voir :

1° La théorie de la gravitation est basée sur la station verticale de la mère, qui n'est pas constante ;

2° On ne peut considérer en aucune façon l'enfant comme suspendu au cordon ombilical, car celui-ci est trop long et ses fréquents enroulements doivent retirer la tête loin de l'orifice utérin ;

3° Les fœtus hydrocéphales naissent rarement en présentation de la tête, les acéphales fréquemment, au contraire ;

4° Les enfants morts ou nés prématurément se présentent souvent par l'extrémité pelvienne. Aussi, pour Simpson, est-ce à la suite de mouvements réflexes, que le fœtus accomplit des mouvements d'abord, et se place ensuite dans telle ou telle situation.

Gauriet, Credé et Kristelher pensent que ce sont les contractions indolores de l'utérus qui exercent la plus grande influence sur les productions des présentations de l'extrémité céphalique.

Scanzoni reconnaît que la présentation de l'extrémité céphalique est le résultat de causes multiples, telles que la pesanteur, la forme de la cavité utérine, celle du fœtus, la quantité de liquide amniotique, les contractions de l'utérus pendant la

grossesse et l'accouchement, et même les mouvements actifs du fœtus.

Cohnstein pense que c'est dans le fœtus lui-même et non dans ses mouvements actifs ou passifs, ni dans les parties qui l'entourent, parties qui se changent et se modifient, qu'on doit chercher l'explication de ces présentations.

La présentation dépend pour lui de la circulation du sang. C'est en se basant sur ce fait que la circulation est différente pendant la grossesse qu'il cherche à expliquer et à réhabiliter la culbute.

Pour Cazeaux, l'explication de la grande fréquence des présentations du sommet réside dans la forme du fœtus, mais surtout dans la forme de l'utérus et dans son mode de développement aux diverses époques de la grossesse.

« Si l'on réfléchit, dit-il, que l'utérus se développant dans les six premiers mois aux dépens de son fond, est très-évasé à la partie supérieure, très-étroit, au contraire, dans son segment inférieur, ne voit-on pas que l'extrémité pelvienne qui, dans l'état de pelotonnement où se trouvent les membres inférieurs constitue une masse beaucoup plus volumineuse que la tête, doit se loger tout naturellement dans le point le plus éloigné de l'organe, c'est-à-dire vers le fond, et par conséquent la tête se porter vers le col ? Sans aucun doute, dans les trois derniers mois, la partie inférieure s'évase presque autant que le fond de la matrice, mais alors la longueur verticale est trop considérable pour qu'il puisse trouver le diamètre transversal de l'utérus, et, à moins de circonstances exceptionnelles, il reste forcément dans la position qu'il avait d'abord prise. »

En un mot, le fœtus, renfermé dans un vase clos sans cesse agité par des mouvements, doit, non pas instinctivement, mais mécaniquement, être placé dans la position où les parties les plus volumineuses correspondent aux points les plus spacieux de l'organe.

Schrœder, malgré les expériences de Dubois, les objections de Simpson, auxquelles il répond par des explications nua-

geuses, continue à se montrer partisan de la théorie de la pesanteur.

Que de temps il a fallu pour arriver à reconnaître qu'une loi présidait aux rapports de l'organisme fœtal avec l'organisme maternel !

Cette accommodation n'est qu'une résultante dont les nombreux facteurs doivent être connus.

Il est aujourd'hui admis sans conteste que, dans les six premiers mois, le segment supérieur ou le fond de l'utérus est plus développé que l'inférieur.

On sait également que, jusqu'à cette époque, la tête est la partie la plus volumineuse du fœtus.

Nous connaissons donc déjà *la forme du contenant et du contenu.*

Pendant toute la durée de la grossesse, il existe des contractions indolores de l'utérus, et il est prouvé que, quand l'utérus se contracte, il rétrécit ses diamètres transversaux et augmente ses diamètres longitudinaux. De plus, aucune femme ne reste immobile pendant la durée de la gestation, et ces mouvements de la mère retentissent tous plus ou moins sur le fœtus :

Voilà *les alternatives de mouvement et de repos.*

La paroi la plus interne de l'œuf, celle qui est en rapport avec le fœtus, est l'amnios dont la face interne est unie et glissante ; entre le fœtus et la paroi utérine existe le liquide amniotique, dont la quantité varie ; le fœtus a des parties plutôt arrondies qu'anguleuses, on trouve, à partir du cinquième mois, sur la peau l'enduit sébacé qui ne peut que favoriser les glissements ; donc, si la loi est vraie, la forme de l'utérus et du fœtus rend l'accommodation possible ; le poli de l'amnios, le liquide amniotique, le pelotonnement du fœtus. la lubréfaction de sa peau la favorisent, les contractions utérines et les mouvements de la mère et même ceux du fœtus l'exécutent.

Pendant les deux premiers tiers de la grossesse, grâce au liquide amniotique, le fœtus jouit d'une certaine liberté et il est facile de le faire évoluer comme cela nous est arrivé bien

souvent; mais après quelque temps, il reprend sa situation. C'est qu'à ce moment le volume total de l'utérus l'emporte beaucoup sur celui du fœtus, de sorte que la sollicitation à l'accommodation n'est pas impérieuse, nécessaire, comme elle le deviendra plus tard.

La clinique confirme-t-elle ces assertions?

Les observations et les statistiques qui suivent vont répondre.

J'ai examiné avec le plus grand soin quinze femmes enceintes de quatre à six mois et demi.

Chez quatre, enceintes de cinq mois à six mois et demi, la tête, extrêmement mobile, était en bas.

Chez les onze autres, elle était en haut et très-nettement perçue par le palper au niveau de la région ombilicale, là où la paroi abdominale est très-mince et le ballottement céphalique si nettement perçu. De plus, par le toucher, en déprimant le segment inférieur de l'utérus, je sentais nettement les membres inférieurs.

Enfin, pour plus de sûreté, je ramenais le pôle fœtal supérieur en bas, et je constatais alors par le toucher vaginal que c'était bien l'extrémité céphalique.

Voici maintenant les statistiques de Scanzoni, de Dubois, de Spaeth, rassemblées par Veit :

Statistique concernant les présentations dans 247 accouchements prématurés.

MOIS de la grossesse	PRÉSENTATIONS de la tête	du siége	du tronc
5e et 6e mois	140=56,68 %	95=35,42 %	12=4,86 %

Quand le fœtus est mort et macéré, un facteur disparaît : c'est la forme même du contenu qui n'a plus de résistance ; il se moule et s'accommode à peine, ainsi qu'on peut le voir

d'après les chiffres ci-dessous, rassemblés par Cohnstein, et comprenant les statistiques de Dubois et Scanzoni :

Sur 165 fœtus morts, expulsés avant le sixième mois :

81 se présentèrent par la tête;
80 — par le siége;
4 — par le tronc;

Dans une statistique relevée par Matthews Duncan à la maternité du Dublin, on trouve les chiffres suivants :

Sur 527 fœtus macérés, 94 ou 1 sur 5 présentaient une position anormale.

88 ou 1 sur 6 présentaient le siége;

6 ou 1 sur 88, l'épaule.

Dans les trois derniers mois, un fait capital se prononce par suite du développement des membres inférieurs; il faut plus de place alors pour loger l'extrémité pelvienne en raison de la conformation anatomique de ces parties, que pour loger l'extrémité céphalique.

Aussi constate-t-on, au fur et à mesure que la gestation se rapprochera du terme, la prédominance croissante des présentations de l'extrémité céphalique.

Statistique empruntée à Veit :

Sur 1231 accouchements ayant eu lieu dans les septième, huitième et neuvième mois :

898 (62 88 %) se présentèrent par le sommet;
283 (16 32 %) — par le siége;
50 (3 5 %) — par l'épaule;

A terme, Dubois trouva, sur 2020 accouchements, 1913 fois le sommet 95 0/0.

Un autre résultat, fourni par la pathologie, est non moins probant : c'est celui déjà invoqué par Simpson. Dans les cas d'hydrocéphalie, quand la tête est énormément développée, où se trouve-t-elle le plus souvent? au fond de l'utérus. On sait en effet, combien, dans ces cas, les présentations de l'extrémité pelvienne sont fréquentes.

Dans les cas de grossesse gémellaire, l'accommodation est rendue très-difficile, on le comprend. Aussi n'ai-je pas été surpris de rencontrer dans ma statistique les chiffres suivants : Dans les grossesses gémellaires, on observe la présentation du siége une fois sur trois, et celle de l'épaule, une fois sur dix-neuf.

Les chiffres de Kleinwächter concordent absolument avec les miens. Il a trouvé, en effet, pour les jumeaux le rapport suivant : Présentation du sommet, 69 0/0 ; présentation du siége, 25 0/0 ; présentation de l'épaule, 5 0/0.

Enfin il est un autre cas où l'accommodation ne se produit pas parce qu'elle n'est pas provoquée; c'est dans le cas d'hydropisie de l'amnios.

Alors la cavité utérine est tellement distendue par le liquide, tellement spacieuse que le fœtus évolue sur tous les axes avec la plus grande facilité, d'autant plus que dans ce cas il est généralement peu développé. Aussi, comme on le dit, l'hydropisie de l'amnios favorise les mauvaises présentations, c'est-à-dire qu'au moment du travail, quand les membranes se rompent, c'est indifféremment telle ou telle région qui se trouve surprise au niveau de l'aire du détroit supérieur.

Il se produit le même fait qu'on observe quand un avorton est expulsé, il n'y a pas de mécanisme, le fœtus n'exécute pas la série de mouvements passifs qu'on rencontre à terme, parce que ces mouvements ne sont pas nécessaires et par cela même non provoqués.

Jusqu'ici j'ai envisagé l'attitude du fœtus, sa situation dans l'utérus; il me reste à accomplir maintenant ma dernière étape, en étudiant les rapports de l'utérus gravide avec la cavité abdominale et la cavité pelvienne.

§ III. *Rapport de l'utérus gravide avec la cavité abdominale et la cavité pelvienne.* -- On a, en considérant en quelque sorte l'utérus comme isolé, négligé un des facteurs les plus importants, sinon le plus important de l'accommodation.

L'utérus, sac elliptique, est contenu dans un autre sac, extensible seulement au niveau des parois latérales et antérieures : la cavité abdominale et pelvienne.

Pour conserver sa forme, l'utérus a besoin d'avoir sa paroi doublée, soutenue ; c'est là le rôle de la paroi abdominale.

Il est vrai qu'une opinion soutenue par Wigand, mais surtout par le professeur Herrgott, de Nancy, qui l'a appuyée sur des preuves anatomiques, semble saper par la base mon assertion (1).

En effet, le professeur Herrgott, pense avec Bœr, Saxtorph, Wigand, que la forme anormale serait cause et non effet de la présentation, et, dans l'ouvrage très-intéressant auquel je fais allusion, donne les dessins représentant des utérus dont la grand diamètre était transversal ou oblique. Ce sont ces malformations qui expliqueraient comment à chaque grossesse, chez les mêmes femmes, les enfants se présenteraient par l'épaule.

Ces faits existent, c'est avéré, mais justement ils plaident en faveur de l'accommodation. Du reste ils sont exceptionnels, et les présentations de l'épaule, ainsi que je le prouverai plus loin, sont-elles, infiniment plus fréquentes, chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs accouchements normaux.

Voici comment j'ai été amené à étudier le rôle physiologique et en même temps si important de la paroi abdominale dans l'accommodation du fœtus.

En examinant chaque jour des femmes enceintes, j'ai été frappé de ce fait général, bien connu déjà, à savoir que chez les primipares je trouvais, à partir du huitième mois, la tête du fœtus plongeant dans l'excavation et ayant entraîné avec elle le segment inférieur de l'utérus ; chez des multipares au contraire, dans des périodes correspondantes de la grossesse, la tête était trouvée mobile au-dessus de l'aire du détroit supérieur

(1) Herrgott. Th. de Strasbourg, 1839. Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice pendant la gestation et l'accouchement.

ou bien dans une région de la cavité utérine, l'excavation étant vide. Recherchant alors la cause de ces différents états j'ai bientôt reconnu l'influence de la paroi abdominale qui peut s'expliquer ainsi :

Le sac utérin devient extrêmement mobile au fur et à mesure qu'il s'élève dans la grande cavité abdominale ; ses points d'attache, les liens qui lui permettent de grands déplacements dans l'excavation, perdent pour ainsi dire toute action sur lui à ce moment, excepté les ligaments ronds qui, pour quelques auteurs, joueraient encore un certain rôle. Il flotte pour ainsi dire dans la cavité abdominale ; le segment inférieur qu'on pourrait appeler *diaphragme utérin*, se trouve à la partie supérieure de l'excavation et, bien que le fond soit ordinairement incliné à droite, sa situation n'a rien de fixe.

Mais les contractions fréquentes des muscles de la paroi abdominale, la tonicité, l'élasticité permanente de ces muscles, font que l'utérus ne peut guère s'éloigner de la ligne médiane, pressé qu'il est de toutes parts, mais surtout latéralement. Le grand axe doit toujours être longitudinal. Au fur et à mesure que l'utérus et son contenu se développent, la pression qu'il supportent devient de plus en plus intense, de sorte qu'à un moment donné l'action indirecte du diaphragme se faisant sentir, la cavité abdominale devenant trop petite, l'utérus se trouve forcé de descendre dans l'excavation pelvienne jusque-là restée vide. Mais il ne descend qu'avec une partie fœtale, et il faut que cette dernière soit l'extrémité céphalique fléchie. Pour que les autres régions fœtales puissent descendre, des contractions énergiques, fréquentes sont nécessaires et ne se rencontrent qu'au moment du travail. Voilà ce qui se passe chez les primipares.

Chez les multipares il n'en est pas ainsi. La paroi abdominale a été distendue, sa cavité est bien plus grande en raison surtout de l'écartement de la ligne blanche et par cela même de la distance qui sépare le bord interne des muscles grands droits ; alors l'utérus n'est plus soutenu, son grand axe devient oblique, on le trouve en écharpe, en diagonale, ou bien le fond

retombe en avant, le ventre est en besace, l'utérin en antéversion. L'axe fœtal tout en concordant avec l'axe utérin n'est plus parallèle avec l'axe pelvien. Le diaphragme utérin reste au niveau du plan du détroit supérieur, le col devient moins accessible, la partie fœtale n'est pas sollicitée à s'engager, et la contraction utérine ne suffit pas toujours à ramener le grand axe de l'organe sur la ligne médiane.

C'est dans ces conditions que pendant l'intervalle des contraction, de la paroi utérine et de la paroi abdominale l'enfant peut évoluer, changer de présentation, surtout lorsqu'il est petit. On conçoit alors qu'au moment du travail, telle ou telle région soit surprise et immobilisée au niveau du détroit supérieur.

Je dois ajouter qu'entre le non-engagement de la partie fœtale et l'engagement complet il y a des intermédiaires qui varient à l'infini et qui sont sous la dépendance de l'élasticité, de la laxité plus ou moins grande de la paroi abdominale. Cette dernière agit non-seulement de façon à placer le grand axe de l'utérus et par conséquent celui du fœtus sur la ligne médiane, mais encore en faisant plonger la tête du fœtus dans l'excavation, elle assure la stabilité de la présentation. Il y a alors non-seulement coïncidence, parallélisme des trois axes : axe utérin, axe fœtal, axe pelvien ; mais encore conjonction, pénétration d'où résulte seulement une présentation fixe. Cette condition ne pouvant être remplie dans les cas de *placenta prævia* de tumeur fibreuse siégeant au niveau du segment inférieur de l'utérus et dans le cas de rétrécissement du bassin, il en résulte que, dans ce cas, les changements de présentation sont fréquents pendant toute la durée de la grossesse, et, qu'au moment du travail les présentations du siége et du tronc sont relativement fréquentes.

Les résultats obtenus par tous les accoucheurs qui se sont occupés des mutations du fœtus pendant la grossesse et les nôtres, viennent confirmer puissamment mes assertions.

Ainsi Hecker, Kuneke, Valenta, Schultze, Schrœder, Fasbender, Heyerdall, Gassner, et Sutugin qui ont publié des mé-

moires extrêmement intéressants sur les modifications ou mutations de présentation et de position pendant la grossesse, reconnaissent tous que les changements de présentation sont plus fréquents chez les multipares que chez les primipares et que chez ces dernières, la stabilité de la présentation et de la position s'observe dans la trentième semaine, alors qu'on ne l'observe que beaucoup plus tard chez les multipares. Fasbender, dans la septième conclusion de son mémoire, reconnaît que les changements en général sont plus fréquents chez les multipares âgées.

Schultze a observé 29 primipares, et 39 multipares. Dans une période de soixante dix-huit jours jusqu'à l'accouchement, la position semble ne pas avoir changé plus de 38 fois. Chez les multipares on n'observe vers la fin qu'une diminution à peine appréciable des deux sortes de changement.

En moyenne dans les huit dernières semaines, les primipares offrent quatre modifications, les multipares plus de huit et demie.

La présence des modifications de présentation est à celle des modifications de position, comme 7 à 93 dans les quatre dernières semaines chez les primipares et comme 46 est à 54 chez les multipares.

Aucun de ces auteurs ne rapporte cette stabilité à l'action de la paroi abdominale, mais au contraire à celle de la paroi utérine.

Ainsi Sutugin dans la 19e conclusion de son mémoire paru en 1875, dit : « le sexe, le volume de l'enfant, la taille et l'âge de la mère n'ont aucune influence sur la fréquence des modifications de présentation et de position du fœtus.

Tout dépend du degré de développement des parois utérines et de leur élasticité. »

Que la paroi utérine s'amincisse à la suite de grossesses répétées, je l'admets ; qu'elle perde de sa force, je le concède ; mais ce n'est pas elle qui possède le rôle prépondérant, ainsi qu'on le verra plus loin.

Sur deux cents femmes que j'ai examinées pendant le der-

nier mois de la grossesse à plusieurs reprises de deux à six fois : j'ai constaté douze fois des changements de présentation ; sur ces douze femmes onze étaient multipares, une était primipare, mais son bassin rétréci ne mesurait que 7 centimètres 1[2.

19 fois j'ai constaté des changements de position, la tête étant modérément engagée. — 14 de ses femmes étaient multipares, 5 étaient primipares.

Je dois signaler un fait intéressant. D'après les conseils de M. Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité, j'ai fait placer 10 femmes à terme chez lesquelles on avait constaté des présentations du sommet en O. I. D. P., dans cette situation : assises sur leur lit, le tronc penché en avant. Elles restèrent ainsi pendant un quart d'heure ; au bout de ce temps j'ai retrouvé la même variété de position chez huit, mais chez les deux autres la variété postérieure s'était transformée en antérieure.

§ IV. *Accommodation de la tête du fœtus dans l'excavation pendant la grossesse.* — En pénétrant dans l'excavation, dans les trois derniers mois de la gestation, chez les primipares, dans le dernier mois ou les quinze derniers jours, chez les multipares, la tête subit une nouvelle accommodation, dont la formule est absolument mathématique.

Est-il possible de dire que c'est le sac à parois contractiles, le réservoir utérin qui est ici facteur principal ? Non, la tête semble se soustraire à son action pour ne reconnaître que celle de la seconde enveloppe osseuse : celle du petit bassin. Ce qui prouve de la façon la plus nette que l'utérus, au point de vue de l'accommodation du fœtus, ne doit pas être envisagé d'une façon intrinsèque, mais bien dans ses rapports avec les cavités qui le contiennent : cavité abdominale et cavité pelvienne.

Pour descendre dans le petit bassin la tête se fléchit, afin de substituer et de mettre en rapport avec le bassin, un diamètre plus petit à un diamètre plus grand.

Cette flexion est tangible, palpable, et elles explique pour-

quoi en déprimant la paroi abdominale du haut en bas et d'avant en arrière, en rasant les branches horizontales du pubis, les doigts étant à 5 ou 6 centimètres à droite et à gauche de la ligne médiane, on constate qu'une région de la sphère céphalique est plus accessible d'un côté que de l'autre. Cette région accessible est constituée par le front qui s'est relevé pendant que l'occiput s'abaissait.

Une seconde accommodation ne tarde pas à s'effectuer, la tête s'oriente et vient, sous l'influence des mêmes causes que celles qui ont déterminé la présentation, placer ses grands diamètres en rapport pvec les grands diamètres du bassin. Aussi au détroit supérieur ne trouve-t-on jamais les diamètres antéro-postérieurs de la tête qui sont les plus grands, en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du bassin qui est le plus petit ; mais bien le plus souvent en rapport avec le diamètre oblique gauche qui l'emporte sur tous les autres, y compris son congénère droit.

Toutes les statistiques viennent à l'appui de ce fait :
Je ne rappellerai ici que celle de Dubois.

Sur 1913 présentations du sommet, Dubois a trouvé :

1355 occipito-iliaques gauches antérieures ;
491 occipito-iliaques droites postérieures ;
55 occipito-iliaques droites antérieures ;
12 occipito-iliaques gauches postérieures.

Pas une seule fois les diamètres antéro-postérieurs ne furent trouvés en rappprt avec les diamètres antéro-postérieurs et transverses, mais bien toujours avec les plus grands, les obliques. Et encore parmi ces deux derniers voit-on le gauche, le plus grand, presque toujours occupé, 1846 fois contre 67 fois seulement le droit.

C'est ainsi et toujours en vertu de la même loi que dans les bassins plats (viciés par le rachitisme), on voit les diamètres antéro-postérieurs de la tête se mettre en rapport avec les dia-

mètres transverses qui sont au détroit supérieur de beaucoup les plus grands.

En *résumé*, la situation du fœtus dans la cavité utérine pendant les six premiers mois de la grossesse, n'a rien de fixe; cependant le plus souvent l'extrémité cephalique occupe le fond de l'utérus.

Dans les trois derniers mois, l'extrémité céphalique gagne le plus souvent le segment inférieur de l'utérus, y séjourne et de plus pénètre dans l'excavation.

Les changements de présentation et de position tiennent à l'absence d'un ou plusieurs des facteurs de l'accommodation.

Après avoir étudié en général l'accommodation, je crois indispensable de résumer en particulier les causes de chaque présentation.

(*A suivre*).

DESTRUCTION DES RÉTRÉCISSEMENTS DU COL DE L'UTÉRUS PAR L'ÉLECTROLYSE.

Par le Dr A. Leblond

La destruction des rétrécissements de l'urèthre chez l'homme par l'électrolyse nous a donné l'idée de recourir à ce moyen dans les cas de coarctation du canal cervico-utérin.

On sait qu'en plaçant au contact des tissus les extrémités des rhéophores d'une pile à forte tension on détermine la décomposition des parties avec lesquelles ces rhéophores se trouvent en contact. A l'électrode négative se produit une eschare molle faisant bleuir le papier de tournesol rougi par un acide; à l'électrode positive, au contraire, on constate une eschare dure rougissant le papier de tournesol. La cicatrice qui se produit après la chute des eschares est notablement différente suivant qu'on l'envisage au pôle positif ou au pôle négatif. La cicatrice formée au pôle positif se rétracte d'une façon énergique, tandis que celle qui est produite au pôle négatif reste plus molle, plus extensible. On retrouve dès lors aux cicatrices des qualités semblables à celles qui résultent de l'application d'un acide ou d'un alcali. La cicatrice positive est analogue à celle qui est consécutive à l'application d'un acide, la cicatrice négative, au contraire, correspond à celle que l'on produit avec les caustiques alcalins.

Nous commencerons par exposer l'observation de la malade qui fait le sujet de cette note, nous verrons ensuite les réflexions qu'elles nous a suggérées.

OBSERVATION. — *Rétrécissement de l'orifice interne du col de l'utérus. Destruction du rétrécissement par l'électrolyse.*

7 février 1872. Madame B..., âgée de 45 ans, éprouve depuis un an,

à chaque époque menstruelle qui est devenue peu abondante, des douleurs vives à l'hypogastre et au niveau du sacrum. Pendant la marche, madame B... ne peut retenir ses urines et depuis quelque temps, elle éprouve de vifs désirs de coït. Il existe de la constipation.

Par le toucher vaginal on ne perçoit pas le corps de l'utérus en arrière du pubis. En découvrant le col avec le spéculum, on trouve un col assez volumineux, non ulcéré; de l'orifice du museau de tanche s'écoule un liquide gélatineux.

L'hystéromètre ne peut pénétrer, dirigé dans aucun sens, non plus qu'une bougie en gomme de petite dimension. L'hystéromètre est arrêté dans le col, à environ 2 centimètres 1/2.

Le 14. Depuis trois jours, écoulement menstruel s'accompagnant de douleurs vives dans la région des reins. Je profite de cette époque pour tenter l'introduction de l'hystéromètre. L'instrument franchit assez difficilement le rétrécissement, la concavité de sa courbure tournée en arrière, mais il ne pénètre plus avant que par un mouvement de rotation sur son axe qui ramène la concavité en avant. La sonde pénètre à 6 centimètres 1[2 en produisant une certaine douleur. Je renvoie la malade en lui disant de revenir quatre jours après la fin de ses règles.

Le 25. Les règles ont cessé il y a quatre jours. Impossible de franchir l'orifice interne. Introduction d'un cône d'éponge préparée jusqu'à la limite du rétrécissement.

Le 26. L'éponge a dilaté le col dans une longueur de 3 centimètres. Impossible de franchir le point rétréci.

22 septembre. La malade n'a pas eu d'écoulement menstruel depuis plusieurs mois, mais à l'époque présumée des règles, elle éprouve des douleurs vives. Le toucher ne fait pas reconnaître une augmentation sensible du corps de l'utérus qui, cette fois, peut être saisi facilement entre le doigt vaginal et la main placée sur l'abdomen. Il existe une douleur légère à la pression sur ce corps. Impossibilité absolue de pénétrer dans l'utérus même avec un stylet de trousse recourbé à la manière d'un hystéromètre.

Le 29. Je me décide à détruire le rétrécissement à l'aide de courant d'une pile de 9 éléments de Bunsen de petite dimension. Le pôle négatif est formé d'une tige en maillechort recouverte d'une sonde en gomme et terminée par un renflement conique de 2 millimètres de diamètre. Le pôle positif, consistant en une plaque métallique re-

couverte de peau de chamois, est appliqué sur la cuisse droite de la malade.

Au moment de la fermeture du courant, la malade éprouve une douleur vive, puis une sensation spéciale qui n'est pas celle d'une brûlure; il lui semble que la matrice se divise en deux parties. Le pôle est poussé à travers le col jusqu'au niveau du rétrécissement et une légère pression est exercée contre l'obstacle. Le pôle reste en place cinq minutes, puis est retiré; à ce moment, il s'écoule du col une certaine quantité de sang noir mélangé à une matière épaisse, jaunâtre, ressemblant à du pus épaissi. L'hystéromètre peut alors être introduit facilement, mais en éprouvant, toutefois, un temps d'arrêt au niveau de la partie rétrécie. Je remplace l'hystéromètre par une tige métallique semblable à celle que j'ai employée précédemment, mais terminée par une partie conique de 3 millimètres de diamètre et je la pousse au delà du rétrécissement. Je fais alors passer de nouveau le courant et j'attire à moi l'instrument, de façon à franchir le rétrécissement de la cavité utérine vers l'extérieur. Après trois minutes, le rétrécissement est franchi.

La malade, après la séance, éprouve une douleur assez vive pendant cinq à six minutes dans la matrice, puis quelques frissons, mais toute douleur disparaît bientôt et Mme B... peut sortir de chez moi au bout de dix minutes. Je conseille le repos.

6 octobre. La malade a eu des douleurs assez vives toute la semaine, siégeant vers le sacrum et s'irradiant vers les cuisses.

11 décembre. La malade a bien moins de douleur. Au spéculum, on trouve le col avec son aspect normal. L'hystéromètre pénètre facilement à 6 centimètres 1/2 de profondeur dans la direction normale de l'axe utérin.

Mai 1873. La sonde pénètre toujours aisément, la malade va très-bien d'ailleurs. Les règles n'ont pas reparu.

Juin 1874. L'hystéromètre pénètre toujours sans difficulté. Rien de particulier à noter.

Réflexions. — L'observation que nous venons d'exposer nous suggère quelques réflexions que nous allons passer en revue.

Nous devons tout d'abord nous poser la question de savoir si l'opération était bien justifiée puisque Mme B... avait cessé d'être réglée depuis un certain temps déjà. A cela nous répondrons

que nous n'étions pas bien sûr que la ménopause se fût produite puisque la malade éprouvait, tous les mois, des symptômes qui pouvaient faire supposer que si l'écoulement menstruel ne se produisait pas, c'est qu'il y avait rétention de cet écoulement. Dans tous les cas il existe du côté de la cavité utérine des sécrétions qui ont besoin de s'écouler au dehors et dont l'accumulation peut déterminer des coliques utérines. Cette raison nous parut donc suffisante pour chercher à maintenir la perméabilité du col. D'ailleurs la disparition des accidents après l'opération nous semble suffisamment indiquer que l'obstruction du col utérin même après la ménopause n'est pas sans présenter certains inconvénients.

La façon dont nous avons procédé dans l'observation que nous venons de faire connaître nous paraît être celle à laquelle on doit recourir quand le col est complètement oblitéré; mais il nous semble que l'opération pourrait être modifiée légèrement si le col était susceptible d'admettre une sonde de petit diamètre.

Nous croyons que dans ce cas il serait préférable de lever l'obstacle en se servant d'une tige conductrice. Le manuel opératoire devrait être alors modifié de la façon suivante:

On commencerait par introduire dans l'utérus une bougie en baleine semblable à celles qui sont usitées pour franchir les rétrécissements de l'urèthre chez l'homme. Cette bougie servirait de conducteur à une boule métallique perforée d'un canal passant par son centre, montée sur une tige recouverte d'une couche isolatrice et dont l'extrémité opposée à la boule communiquerait avec le pôle positif d'une pile à courant continu de forte tension. Le pôle positif terminé par une plaque métallique recouverte de peau de chamois imbibée d'eau acidulée ou tenant en dissolution une certaine quantité de sel marin serait appliquée sur l'une des cuisses de la malade.

Lorsque le pôle négatif formé par la boule métallique serait arrivé au contact du point qu'il s'agit de détruire, on fermerait le courant et l'on presserait sur la tige qui soutient la boule

afin de faire progresser cette dernière à mesure que le tissu serait détruit. Quand le rétrécissement serait franchi, ce que l'on reconnaîtrait à la sensation de résistance vaincue, on suspendrait le courant et l'on enlèverait l'appareil.

Pour éviter les secousses qui se produisent à l'ouverture ou à la fermeture du courant, il faut fermer le circuit de la pile lorsque les pôles sont en place en faisant manœuvrer la manette placée sur la pile; on passe alors successivement de zéro élément à un nombre suffisant d'éléments pour obtenir le résultat désiré. Une pile très-convenable pour ces sortes d'opérations est la pile au bisulfate de mercure de M. Trouvé.

Indications. — La destruction des rétrécissements du col au moyen de l'électrolyse nous paraît devoir remplacer avantageusement le débridement du col au moyen du bistouri ou de l'hystérotome à cause de l'innocuité presque complète des opérations électrolytiques, comparée à la gravité des opérations pratiquées avec l'instrument tranchant.

Lorsqu'on se trouve dans la nécessité de procéder à la destruction d'un rétrécissement du col, sans employer de conducteur, il faut au préalable s'être assuré de la direction exacte du corps utérin, soit par le cathétérisme, soit par le toucher rectal et vaginal, afin de ne pas pousser la tige galvano-caustique dans une direction vicieuse et s'exposer ainsi à pénétrer dans le péritoine ou dans la cavité vésicale.

Lorsque l'orifice interne du col est seul rétréci, cet accident n'est guère à redouter à cause du peu d'épaisseur de tissu que l'on a à traverser.

Si le rétrécissement portait sur toute la longueur du canal cervical, il faudrait redoubler d'attention et examiner avec soin le trajet suivi par la tige dans l'épaisseur du col.

Le volume de la boule destinée à l'électrolyse doit varier suivant la dimension du trajet que l'on veut obtenir. Une boule de 3 millimètres de diamètre ou au plus de 4 doit suffire amplement par la raison que la destruction s'étend à une certaine distance au delà du point touché. C'est là une circon-

stance dont il faut se souvenir afin de ne pas créer un canal d'une dimension trop considérable. Mieux vaudrait obtenir un trajet insuffisant, et recourir à une seconde opération que de produire une destruction trop étendue.

Lorsqu'on emploie l'électrolyse pour détruire un rétrécissement, on ne doit pas se servir indifféremment de l'un ou l'autre pôle de la pile à cause des qualités différentes que possèdent les cicatrices du pôle positif et celles du pôle négatif. Nous avons dit en commençant que les cicatrices négatives sont peu rétractiles, tandis que les positives, au contraire, se rétractent fortement. C'est pour cette raison qu'il importe de détruire le rétrécissement en se servant du pôle négatif.

CONCLUSIONS

L'observation qui précède nous permet de conclure :

1° Que l'élargissement du canal cervical au moyen de l'électrolyse est possible;

2° Que la cicatrice obtenue ne possède pas de propriétés rétractiles bien manifestes;

3° Que l'électrolyse doit remplacer, dans beaucoup de cas, la division du col au moyen d'instruments tranchants.

ÉTUDE SUR LES SIGNES, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA BRIÈVETÉ ACCIDENTELLE OU RELATIVE DU CORDON OMBILICAL.

Par le Dr E. Jacquet (de Lyon).

Il est facile, en consultant les traités classiques de l'art obstétrical, de se rendre compte de l'incertitude et de la divergence des opinions adoptées par les auteurs relativement au sujet qui nous occupe. A l'appui de notre dire, les citations suivantes suffiront. Voici ce que dit Joulin (*Traité complet d'accouchements*, 1866, p. 976) :

« Le diagnostic de la brièveté du cordon ne peut être posé exactement qu'après la sortie partielle du fœtus. C'était l'opinion de Baudelocque, Maygrier et Moreau; je l'accepte complètement, et lorsque Cazeaux, après d'autres, il est vrai, parle du diagnostic et des indications que présente cette anomalie avant la rupture des membranes, il n'a pas réfléchi à l'*impossibilité absolue* d'une semblable prévision. »

Nægele et Grenser (*Traité pratique de l'art des accouchements*, 1869, traduction française, p. 555) : « Les signes que l'on donne habituellement comme caractéristiques de la brièveté du cordon ne sont rien moins que certains. » Et plus loin : « L'on ne peut donc être sûr que la brièveté existe qu'après l'expulsion totale ou partielle du fœtus, etc. »

D'un autre côté, les noms de Rœderer, Guillemot, Cazeaux, Wigand, Devilliers, marquent les étapes d'un courant scientifique tout opposé. C'est à l'appui des travaux de ces derniers auteurs que nous venons apporter notre faible contribution.

La divergence des auteurs nous a paru tenir à l'étude insuffisante de la symptomatologie des circulaires du cordon. La plupart des accoucheurs paraissent n'établir le diagnostic de cette anomalie que d'après l'existence de signes rarement ou difficilement constatés, tels que le bruit de souffle ombilical ou

la sensation d'un cordon par le toucher rectal (Haake), ou d'après l'existence de signes plus fréquents, mais dont l'intensité est telle que le diagnostic ne saurait échapper.

Une étude attentive des cas de brièveté relative ou absolue démontre cependant qu'il est facile d'établir ce diagnostic.

L'accouchement, dans le cas de circulaires du cordon, a, si je puis dire ainsi, une physionomie particulière. Bien souvent, dans les deux derniers mois de la grossesse, des douleurs que rien ne paraît expliquer, douleurs à siége fixe, se font sentir chez la femme en un point localisé de l'abdomen. Ces douleurs ne sauraient être confondues avec celles qui accompagnent la contraction utérine; cependant cette dernière coexiste souvent avec celles dont nous parlons et les tient alors sous sa dépendance.

Il est facile de comprendre, en effet, que la contraction du muscle utérin, qui commence à essayer ses forces dans le dernier mois de la grossesse, fasse naître secondairement une douleur dont le point de départ est le tiraillement de l'utérus.

Pendant le travail, ces douleurs se dessinent de plus en plus selon que la brièveté relative du cordon est plus ou moins grande. Pour un observateur prévénu, elles ne passent pas inaperçues. Elles ont sur la marche du travail une influence très-marquée. Les forces du muscle utérin s'épuisent plus rapidement.

Les véritables causes de la longueur du travail ne sont pas, ainsi que le pensaient Baudelocque et Gardien, dans le fait même de la brièveté, mais plutôt dans l'influence réflexe que le tiraillement du cordon exerce sur la contraction utérine, et quelquefois sur l'organisme tout entier. La cause de la lenteur du travail est donc moins un fait mécanique qu'un fait physiologique. La contraction utérine est modifiée par le fait du tiraillement de la paroi utérine; des nausées et souvent des vomissements annoncent que l'influence de cette cause s'étend sur d'autres organes.

Ces signes sont signalés comme faisant partie de ceux qu'on peut observer pendant l'accouchement simple, mais, pour notre

part, nous croyons qu'il y a eu erreur d'observation, et qu'ils doivent se rattacher à l'étude de l'anomalie du cordon. Il est bien entendu que ces signes et ceux dont nous allons parler se rencontrent aussi dans le cas de brièveté naturelle ou absolue du cordon, mais comme l'existence des circulaires autour d'une partie fœtale est bien autrement fréquente que celle de la brièveté absolue, on peut, sans trop d'inconvénient pour le diagnostic, ne viser que les circulaires du cordon.

Le trouble de la contraction utérine est manifeste, car, ainsi que l'a bien fait remarquer Devilliers, l'utérus est rénitent à la palpation, et cela pendant toute la durée du travail. Par suite de l'inefficacité ou de l'insuffisance des contractions, le fœtus ne s'engage pas ou descend difficilement, de là l'absence de cet abaissement du fond de l'utérus que les accoucheurs ont noté avant le commencement du travail proprement dit; de là une lutte entre la force d'expulsion du globe utérin et les effets réflexes ralentissant ces efforts par le fait même de la contraction. Cet antagonisme se montre surtout au début du travail. Le col a de la peine à se dilater. Cependant, malgré une grande déperdition des forces utérines, la tête commence à s'engager. C'est alors que les douleurs deviennent plus vives, qu'on voit survenir les nausées et les vomissements; c'est à ce moment aussi que le tiraillement du cordon produit le décollement partiel et quelquefois total du délivre. Ce décollement se traduit toujours par un signe dont l'intensité peut varier, mais qui ne manque jamais : c'est un ou plusieurs frissons. Depuis une légère horripilation jusqu'au frisson avec claquement des dents, on observe tous les intermédiaires. Avec ce frisson, il s'écoule quelquefois du sang en quantité plus ou moins grande. Cette hémorrhagie externe peut manquer et le décollement du placenta n'être marqué que par les signes, plus ou moins accusés, d'une hémorrhagie interne.

Ce décollement du placenta a un côté avantageux, c'est de permettre de faire la délivrance aussitôt après la sortie du fœtus.

La rupture de la poche des eaux permet au travail de s'ache-

ver dans de meilleures conditions; cependant, si la brièveté du cordon est accusée, elle peut continuer à modifier les contractions et empêcher le mouvement de rotation de la tête. C'est alors qu'on observe ces alternatives de descente et d'ascension de la tête, et si Jacquemier pense qu'on peut les confondre avec les mouvements de recul que détermine souvent, chez les primipares, l'élasticité des parties molles, on peut, avec Cazeaux, répondre que le temps de l'accouchement où ils se produisent permet de les distinguer. Ceux dont parle Jacquemier ne se montrent qu'à la dernière période du travail; ceux dont nous parlons commencent dès que la tête s'engage, se prononcent surtout dans l'excavation pelvienne et cessent quand les autres peuvent se produire.

L'épuisement de l'accouchée, l'arrêt de la tête, le danger que l'interruption ou la gêne de la circulation fœtale fait courir à l'enfant, justifient amplement une application du forceps indiquée en pareil cas.

En résumé, les signes dont nous venons d'esquisser le tableau, faibles ou intenses, permettront toujours, par leur réunion, de porter le diagnostic de circulaires du cordon et d'agir en conséquence.

La connaissance de ces signes permet à l'accoucheur d'intervenir utilement au moment opportun ou, tout au moins, de rassurer l'accouchée et son entourage, toujours enclins à l'inquiétude. Nous n'insisterons pas sur les indications qui naissent de l'existence de la brièveté du cordon; ce sujet a été magistralement traité par Cazeaux; qu'il nous suffise de rappeler que la rupture artificielle de la poche des eaux quand le col est à peu près complètement dilaté, qu'une application de forceps si l'arrêt du travail, l'épuisement de la femme la commandent, abrégeront l'accouchement et ménageront les jours de l'enfant. Enfin, les accoucheurs partisans de l'emploi du chloral ou du chloroforme trouveront, dans la marche particulièrement douloureuse du travail, la justification de la méthode anesthésique.

REVUE DE LA PRESSE

OVARIOTOMIE (1).

Par Kœberlé.

(SUITE ET FIN) (2).

6° *Constriction du pédicule et excision de la tumeur.* — Le pédicule des tumeurs ovariques est constitué par la partie du ligament large qui donne attache à l'ovaire. Il renferme les artères, les veines, les vaisseaux lympatiques et les nerfs qui se rapportent à l'ovaire, et comprend également la trompe utérine, laquelle adhère à cet organe par une des franges de son pavillon et par un repli du ligament large.

Le pédicule est ordinairement étalé sur une largeur de 8 à 10 centimètres et il offre, depuis l'angle de la matrice, une longueur qui varie de 1 à 10 centimètres environ. Les éléments qui le composent forment par leur ensemble un amas de tissus d'une épaisseur de un à deux doigts, rarement plus. Il est parcouru par des artères et par des veines volumineuses, en proportion avec le développement de la tumeur. On doit lier ou comprimer ces vaisseaux avant d'en faire la section, afin de se mettre à l'abri de l'hémorrhagie. Les procédés d'hémostase par torsion, par écrasement linéaire, leur sont rarement applicables. Ils réclament une constriction solide et permanente.

Comme il est très-important d'avoir un long pédicule, on doit s'attacher à faire la ligature où à placer l'instrument ou les liens constricteurs des vaisseaux qu'il renferme le plus près

(1) Extrait du T. XXV, du Nouveau dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.

(2) Voir le numéro d'avril.

possible de la tumeur. Lorsque le pédicule est court, ce qui arrive souvent lorsque la base du kyste est formée d'un grand nombre de petites loges ou lorsque l'une des grandes loges de la tumeur provient de la base de l'ovaire et s'est développée vers le ligament large, il est avantageux, pour gagner un peu d'étendue en longueur, de diviser les parties à lier en deux ou en plusieurs portions, en séparant les tissus dans l'intervalle des vaisseaux jusque contre la tumeur.

Tous les moyens de constriction sont également bons, pourvu qu'ils produisent un étranglement suffisant et mettent à l'abri de l'hémorrhagie.

On a appliqué au pédicule trois modes de traitement. L'un consiste à laisser plonger les ligatures à une certaine profondeur dans la cavité péritonéale, lorsque le pédicule est court. On l'a désigné sous le nom de méthode intra-péritonéale. Les fils des ligatures doivent alors être maintenus au dehors, et l'on doit s'efforcer de laisser une issue libre aux liquides sécrétés le long des fils.

On a donné le nom de méthode extra-péritonéale à l'ensemble des procédés qui tendent à maintenir les parties liées ou comprimées directement au dehors, lorsque le pédicule est suffisamment long, soit à l'aide d'un clamp, soit en comprimant le pédicule dans la suture de l'incision abdoninale ou vaginale. soit à l'aide d'une tige transversale qui maintient les ligatures en deçà du péritoine.

Le troisième mode comprend les procédés qui laissent plonger le pédicule librement dans la cavité péritonéale, soit en le liant préalablement avec des ligatures perdues (pédicule perdu; soit en le maintenant temporairement contre la paroi abdominale (acupressure, filopressure); soit en arrêtant préalablement l'hémorrhagie par la cautérisation thermique ou galvanique, par l'écrasement linéaire, ou par la torsion.

....

Mes constricteurs actuels, ou *serre-nœuds*, fonctionnent d'après le mécanisme du serre-nœud de A. Dubois, au moyen

d'une vis contenue dans une gaîne et entraînant, par son mouvement de rotation, l'écrou auquel se trouve fixé un fil de fer dont l'anse peut être ainsi progressivement resserrée. La longueur de l'instrument est de 7 centimètres. La partie capitale de ce serre-nœud est son extrémité terminale, qui est constitué par un orifice élargi transversalement pour le passage de l'anse métallique. Les bords latéraux de cet orifice sont courbes, en forme de poulie, de manière à se prêter à la courbure de l'anse du fil auquel ils servent de surface de réflexion, ce qui empêche la section ou la cassure du fil au point de réflexion, ainsi que cela a lieu avec les instruments analogues dont la paroi de la gaîne terminale est parallèle à l'axe de réflexion. Cette modification a permis d'obtenir une traction

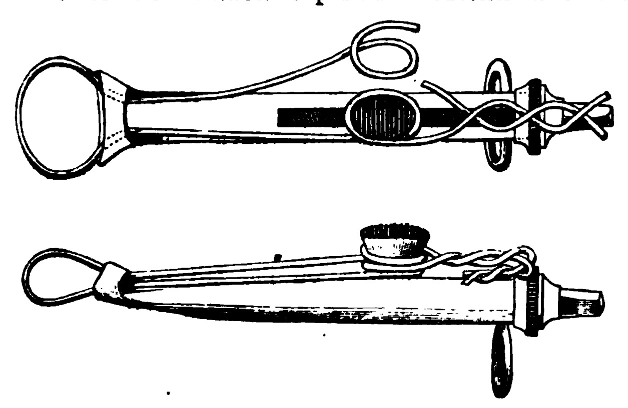


FIG. 2. — Constricteur serre-nœud de Kœberlé.

Ces figures, de grandeur naturelle, sont destinées à indiquer la manière dont le fil de fer doit être entortillé autour de l'écrou, qu'une vis met en mouvement à l'aide d'une clef. Le fil de fer, au lieu d'être simple, ainsi que l'indiquent ces figures, doit être double.

On prend un fil de fer recuit, convenablement fourbi, de 1 mètre de longueur, d'une épaisseur de $0^{mm},8$, que l'on replie en le tordant ou plutôt en le tressant, suivant une vingtaine de tours, et on le replie alors de nouveau sur lui-même en double pour former l'anse du serre-nœud.

très-nette et une constitution parfaite, dont la puissance est alors égale à la force de résistance du fil que l'on emploie. Ce perfectionnement capital du serre-nœud, qui date de ma première hystérotomie en 1863, a été dès lors partout mis en pratique.

C'est grâce à ce perfectionnement que l'hystérotomie a pu être exécutée depuis cette époque, avec beaucoup plus de sécurité contre l'hémorrhagie, qui était auparavant la cause ordinaire de la mort des opérées (fig. 2).

Le poids de l'instrument est de 13 à 14 grammes. La longueur du pas de vis est de 2 1/2 centimètres. Cette longueur est très-suffisante pour la ligature du pédicule des tumeurs ovariques. Des serre-nœuds de 11 et de 14 centimètres de longueur servent seulement pour la constriction temporaire ou définitive des tumeurs utérines, etc. Du reste, on peut donner à ces serre-nœuds une longueur quelconque en adaptant une pièce mobile analogue à celle que Cintrat y a ajoutée et à l'aide de laquelle on peut tordre ensemble les deux extrémités de l'anse de fil de fer. Cette modification très-ingénieuse de mon serre-nœud est toutefois peu pratique. D'abord, la torsion du fil ne peut avoir lieu d'une manière complète jusqu'à l'anse, de sorte que, si l'on enlève l'instrument, la constriction devient insuffisante. D'autre part, lorsque le fil est une fois tordu, il en résulte des difficultés dans maintes circonstances. La constriction incomplète dispose au tétanos. Cet accident redoutable, que je n'ai jamais observé, sur plus de 300 gastrotomies où j'ai fait usage de mes serre-nœuds, est arrivé 4 fois à Péan sur les 150 cas environ de kystes de l'ovaire qui ont été traités jusqu'en 1876, d'abord par un clamp, puis en majeure partie par le serre-nœud de Cintrat, dont ce chirurgien fait usage. Cette proportion est très-considérable, car les cas de tétanos observés sous l'influence du traitement du pédicule par le clamp, qu'on a incriminé à ce sujet, ont été relativement assez rares. Toutefois le même accident est arrivé trois fois à Boinet sur 75 cas, 2 fois à Schrœder sur 10 cas, etc., avec l'emploi du clamp.

Stilling paraît avoir eu jusqu'à 7 cas de tétanos sur 20 opérations. Il s'est servi du clamp le plus souvent, en transperçant parfois le pédicule à l'aide d'une longue aiguille (lance) qui traversait en même temps la paroi abdominale. Enfin Kaltenbach a eu 2 cas de tétanos sur 5 opérations.

Immédiatement au-dessus de l'anse de fil de fer du serre-

nœud (fig. 3), dans la même rainure, je place ordinairement une ligature en fil de soie, qu'il est aisé d'appliquer ainsi et qui exerce alors une constriction parfaite, ce qui permet, si on le désire, d'enlever immédiatement la ligature de fer et l'instrument constricteur. Pour maintenir le pédicule dans un rapport fixe avec la paroi abdominale, on traverse en dehors de la liga-

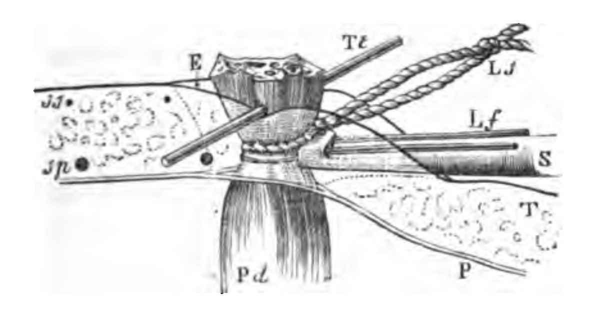


FIG. 3. — Ligature du pédicule à l'aide du serre-nœud.

P *d*, Pédicule dont la partie liée se trouve comprise entre le péritoine P et les téguments de la paroi abdominale T, à l'extrémité inférieure E de l'incision dont les parties latérales sont réunies par les points de suture superficielle *s s* et les points de suture profonde *s p*. — S, Serre-nœud. — L *f*, Ligature en fil de fer. — L *s*, Ligature en fil de soie. — T *t*, Tige transversale maintenant le pédicule en position fixe et traversant les tissus compris au-dessus de la ligature qui est extra-péritonéale.

ture, à l'aide d'un trocart, les tissus liés, auxquels on a dû laisser une longueur suffisante, en les taillant dans une portion de kyste, au besoin. Le pédicule doit être traversé de manière que la traction soit le moins forte possible lorsque l'instrument repose sur la paroi abdominale, et de telle sorte que la ligature devienne extra-péritonéale, ou du moins soit aussi rapprochée que possible du péritoine. On introduit alors dans la canule du trocart une tige en fil d'acier ou un gros fil de fer de 7 à 8 centimètres de longueur, et l'on retire cette canule pendant que l'on retient la tige métallique. Celle-ci sert ainsi à maintenir le pédicule sans exercer aucune traction sur les ligatures. On retaille

et l'on enlève ensuite jusqu'auprès de la ligature tous les tissus inutiles.

Dans le cours de l'opération, on ne doit opérer aucune traction sur les serre-nœuds. On maintient le pédicule libre au delà de la ligature.

J'enlève ordinairement le serre-nœud vers le cinquième ou le huitième jour. Il suffit alors de couper les fils, de retirer l'instrument et de replier à angle droit de chaque côté le fil de la ligature, afin qu'il ne puisse ni gêner ni blesser d'aucune manière.

On peut reprocher au serre-nœud un manuel opératoire un peu compliqué, un peu minutieux; mais cet inconvénient est compensé par des avantages importants. Il permet de disposer la ligature à une profondeur quelconque et peut ainsi être appliqué soit aux pédicules longs, soit aux pédicules courts. Sa constriction est parfaite, excessive, régulière, et met à l'abri de l'hémorrhagie. Il n'élargit pas l'incision lors de la réunion et ne complique pas les ovariotomies doubles. Partant, il est très-supérieur au clamp. Lorsqu'on désire appliquer au pédicule le traitement désigné sous le nom de procédé par pédicule perdu, le serre-nœud est indispensable avant d'appliquer la ligature en soie, en fer ou, de préférence, en catgut.

La *cautérisation* thermique ou au fer rouge a d'abord été appliquée aux vaisseaux saignants des parties adhérentes; mais comme l'hémorrhagie s'arrête difficilement si les vaisseaux ne sont pas préalablement comprimés, Clay, de Birmingham, eut l'idée d'appliquer un clamp (*cautery clamp*) sur l'épiploon avant de le cautériser, ou de le diviser directement à l'aide du cautère actuel pour prévenir l'hémorrhagie. Cette division et cette cautérisation n'ayant pas été accompagnées d'accidents consécutifs, Baker Brown appliqua ce procédé au pédicule lui-même, en le divisant au ras du clamp. On produit ainsi une eschare mince suffisante pour arrêter l'hémorrhagie, et on abandonne le pédicule à lui-même dans la cavité abdominale. Ce procédé, d'une exécution facile et rapide, offre les avantages et les inconvénients du procédé par pédicule perdu avec ligature; mais

il ne met pas suffisamment à l'abri d'une hémorrhagie consécutive, et parfois la cautérisation est impuissante à arrêter l'hémorrhagie. Il est nécessaire de recourir alors à la ligature dans des conditions relativement défavorables. Quoi qu'il en soit, Baker Brown, lors d'une discussion à la Société médico-chirurgicale de Londres sur ce sujet, indiquait, en 1866, que sur 41 cas traités par lui par cautérisation avec pédicule perdu, il avait obtenu 36 guérisons. Toutefois Baker Brown a fait un grand nombre d'incisions exploratrices et d'opérations inachevées. Dans les 5 cas suivis de mort, la cautérisation avait été insuffisante et il avait dû arrêter l'hémorrhagie par des ligatures. Les succès obtenus par Baker Brown, Krassowsky, Keith, qui ont opéré ainsi sur une grande échelle, prouvent suffisamment l'innocuité, sinon absolue, au moins très-générale, de l'eschare du moignon cautérisé.

Les principes qui doivent guider dans la cautérisation ont été indiqués parfaitement par Maslowsky. La cautérisation ne doit pas avoir lieu au ras du clamp. Cet instrument, ou tout autre analogue, ne doit servir que pour l'hémostase temporaire. Mon *cautery clamp*, imité de celui de Maslowky et fondé sur le principe du serre-nœud, est particulièrement avantageux, parce qu'il permet de placer facilement des ligatures, si cela est nécessaire, et qu'on peut l'appliquer aisément à l'hémostase par compression excessive. Les tissus doivent être divisés à quelques millimètres de l'instrument compresseur et être ainsi grillés par l'application du cautère actuel. Le thermo-cautère de Paquelin est excellent pour cet usage. Le galvano-cautère, qu'on a employé dans le même but, n'est qu'un instrument embarrassant, sans aucun avantage. Dans le tiers environ des cas traités par Keith, la cautérisation a échoué. Il est nécessaire alors de recourir à la ligature, soit générale, soit partielle du pédicule. Après la cautérisation, les parties incomplètement carbonisées, ou simplement modifiées ou desséchées, sont probablement résorbées par le même processus que la corde à boyau; quant aux parties carbonisées, elles restent enclavées dans la cicatrice, de même que les particules de charbon

dans un tatouage. Du reste, le calorique peut aussi être considéré comme un agent antiseptique, puisqu'il détruit sur place les organismes infectieux, dans sa sphère d'action.

Nous ne ferons que mentionner la *filopressure* (Aveling), l'*écrasement linéaire* (Washington, Atlee, Storer), et la *torsion* (Maisonneuve), que l'on a également employés. Ces procédés ne peuvent être appliqués que dans les circonstances où le pédicule est très-long, peu vasculaire, et par conséquent susceptible d'être traité plus avantageusement et avec plus de sécurité par d'autres moyens. Il en est de même de l'inclusion du pédicule dans la suture, si l'on réunit la peau par-dessus (von Langenbeck, Storer). On s'expose à des hémorrhagies internes et à des thrombus dans le pédicule, etc., par suite de la piqûre presque inévitable de vaisseaux importants.

Dans tous ces procédés, le clamp et surtout le serre-nœud, dans les conditions où je l'emploie, sont les instruments qui donnent le plus de sécurité contre l'hémorrhagie. Le serre-nœud est applicable à tous les cas. Le clamp est d'un maniement plus facile et moins compliqué.

Les procédés de cautérisation au calorique et ceux de ligature, en catgut phéniqué surtout, dispensent en quelque sorte de tout traitement consécutif dans les cas favorables; ils sont à la portée de tout le monde et n'exigent aucune aptitude à la mécanique de la part du chirurgien. L'opération est très-facile et la guérison est en quelque sorte instantanée. Le seul reproche que l'on puisse adresser à ses derniers procédés, qui peuvent être associés du reste, est de ne pas offrir assez de sécurité ni de recours lorsqu'il survient des accidents immédiats, et d'exposer à des accidents éloignés. Nonobstant, il est probable que, par suite de la facilité de leur exécution, ils seront généralisés dans l'avenir, et personnellement, si je n'avais pas d'aussi bons résultats par mes serre-nœuds, j'en deviendrais partisan très-déclaré; mais comme le mieux est souvent l'ennemi du bien, je serais désolé de perdre une malade par suite de quelque accident qui pourrait leur être imputé.

En opérant par pédicule perdu, si l'on applique les procédés

de Lister, on doit, pour être conséquent, faire toujours une réunion complète et ne jamais recourir au drainage, soit abdominal, soit vaginal, qui, employé préventivement, est du reste le plus souvent inutile. Toutefois on pourrait faire préventivement une simple incision du vagin à travers le cul-de-sac postérieur, sauf à la laisser se fermer spontanément, mais de manière cependant à pouvoir la rouvrir aisément au cas où il se produirait une accumulation de liquide dans l'excavation pelvienne. Lorsque le ventre est très-rétracté, concave, après l'extraction de la tumeur, il importe surtout de faire une réunion parfaite.

D'après les résultats des autopsies, la partie liée du pédicule perdu n'est que très-rarement frappée de gangrène, à moins d'accidents inflammatoires. La plupart des ovariotomistes ont pu observer que cette partie adhère aisément à la plaie abdominale lorsqu'on n'a pas soin de l'enduire de perchlorure de fer, et continue alors à vivre malgré l'interruption de la circulation. A condition qu'on n'en laisse pas une trop grande masse, cette partie continue donc à vivre, en se nourrissant d'abord par imbibition et consécutivement par l'intermédiaire de vaisseaux de nouvelle formation, ou de vaisseaux qui redeviennent perméables à mesure que la ligature en catgut phéniqué se relâche, se résorbe ou se confond avec le tissu de cicatrice. Les ligatures en soie ordinaire, en fil d'argent, persistent indéfiniment et s'enkystent dans l'exsudat circonvoisin, si elles ne deviennent pas dans la suite un foyer d'irritation. Il en est de même du fil de fer, qui toutefois s'oxyde, se dissout peu à peu et finit par disparaître.

....

Si la compression excessive, que j'ai appliquée avec succès à l'hémostase en général, pouvait être tentée avec plus de chances de sécurité, si on l'associait peut-être à la cautérisation, le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire serait très-simplifié ; mais il sera sans doute préférable désormais d'opérer par ligature perdue en catgut phéniqué ou en quelque autre matière plus résistante et relativement plus inoffensive que l'avenir révélera quelque jour.

Dès que l'hémostase est assurée, il faut rechercher l'ovaire opposé à celui que l'on vient d'extirper, en se guidant sur la matrice et le ligament large, afin de constater s'il est normal ou non.

Lorsque les deux ovaires sont malades, on ne doit pas hésiter à les enlever simultanément, pour ne pas exposer les malades à une récidive de l'affection. On applique alors soit un nouveau serre-nœud, soit un nouveau clamp, ou bien une ligature simple dont on fixe les fils au dehors, ou une ligature perdue. Les chirurgiens ont rarement pratiqué jusqu'ici des ovariotomies doubles, quoique les altérations pathologiques dans les deux ovaires à la fois soient très-communes. Lorsque la tendance à la dégénérescence n'est pas bien caractérisée, et qu'il n'existe qu'un seul ou deux ou trois follicules hypertrophiques, on peut se contenter d'extraire les ovisacs à l'aide d'une pincette.

La mortalité dans les cas d'ovariotomie double est beaucoup plus considérable que dans les cas simples, soit parce que les opérations sont ordinairement plus compliquées, soit par suite des difficultés plus grandes du traitement des pédicules.

Avant de procéder au nettoyage définitif, Olshausen traverse la paroi postérieure du vagin avec un gros trocart, par lequel il fait passer ensuite un tube en caoutchouc d'un centimètre de diamètre intérieur et de près d'un mètre de longueur, dont l'extrémité supérieure sort par l'incision abdominale. Ce tube sert pour les irrigations d'eau phéniquée que ce chirurgien met en usage, en y faisant passer un ou plusieurs litres de ce liquide dès les premières heures qui suivent l'opération. Olshausen a obtenu d'abord, malgré ce procédé, des guérisons remarquables; mais dans les derniers temps, des insuccès évidents l'ont rendu très-réservé dans son emploi. Sur 60 cas de drainage abdomino-vaginal qu'il a colligés jusqu'en 1878, en Allemagne, il y eut 37 guérisons et 23 morts. Ce résultat est relativement peu satisfaisant. Olshausen lui-même a traité ainsi 29 cas, dont 18 guérisons et 11 morts. On doit considérer ce mode de drainage et d'irrigation intra-péritonéale, qu'on a appliqué préventivement contre les abcès pelviens et la septicémie, comme

très-dangereux et très-nuisible dans certains cas; il peut même être inutile lorsqu'il existe une collection purulente voisine, ainsi qu'il est arrivé à l'auteur même de ce procédé. Le drainage direct le long du bord supérieur du pédicule, lorsque cela est nécessaire, est bien préférable. Le pédicule, par suite de la traction qu'il subit, devient toujours rectiligne, et il est aisé de le longer en arrière, pour arriver ainsi directement, en droite ligne, jusqu'au fond du cul-de-sac recto-vaginal, avec une sonde un peu raide; on peut alors aspirer les liquides à l'aide d'une poire en caoutchouc préalablement comprimée et adaptée à la sonde par l'intermédiaire d'un bout de tube en caoutchouc. Si le liquide se produit activement, on peut placer à demeure un tube en verre de 8,10 ou 12 centimètres de longueur, et d'un calibre suffisant pour laisser passer la pompe aspiratrice. Le tube ne sert que de simple conducteur à cette dernière, et il n'irrite nullement les parties voisines.

A mon avis, le drainage abdomino-vaginal doit être réservé pour des cas exceptionnels, où il peut être une ressource précieuse.

Le drainage, en général, n'a sa raison d'être que dans les cas de péritonite chronique, de péritonite suppurée, de lymphorrhagie ou d'hémorrhagie profuse. Loin de garantir de la septicémie, ainsi que Sims l'a supposé, il peut devenir directement une cause de péritonite et de septicémie lorsqu'il est appliqué sans discernement, indistinctement à tous les cas.

L'application du drainage, surtout lorsqu'il est accompagné d'irrigations intra-péritonéales, est très-dangereuse pour les cas simples, sans adhérences, où les anses intestinales restent le plus souvent entièrement libres entre elles après l'opération. Lorsqu'on fait alors une irrigation par un tube, le liquide provoque des coliques de l'intestin; les contractions éparpillent peu à peu au loin les principes irritants et marquent ainsi le commencement de la péritonite et ordinairement son issue fatale. Dans les premières années de ma pratique, j'avais appliqué le drainage, les lavages et les irrigations avec le sulfite de soude et les injections intra-péritonéales sur une assez grande

échelle ; mais peu à peu j'en ai reconnu les graves dangers et l'inefficacité comme moyen préventif de la septicémie, quoique j'eusse toujours procédé avec beaucoup de circonspection et de prudence.

Depuis, j'ai abandonné presque entièrement le drainage, que je réserve aux cas exceptionnels où les liquides sont rapidement sécrétés à la suite de péritonite chronique, et alors je me contente d'introduire une sonde le long du pédicule et d'aspirer le liquide ; s'il y a lieu, je place ensuite un tube à drainage. Les tubes à drainage ne doivent être placés immédiatement après l'opération que dans les cas où la ligature est intra-péritonéale et où il importe d'entretenir à tout prix un écoulement libre des liquides au dehors, ou lorsqu'il existe déjà un commencement d'intoxication septicémique.

7° *Nettoyage de la cavité abdominale.* — On a beaucoup insisté sur l'importance de l'évacuation parfaite de la sérosité, du sang et des liquides qui ont pu être introduits ou qui séjourneraient dans la cavité péritonéale. Le danger de leur stagnation a été très-exagéré. A moins que ces liquides ne soient déjà putréfiés ou n'aient été altérés par leur exposition à l'air dans les opérations de longue durée, leur présence en petite quantité dans la cavité abdominale, après la réunion de la plaie, ne peut être considérée comme nuisible, et leur résorption s'opère d'une manière très-rapide. Il en est de même de la graisse liquide ou concrète des kystes dermoïdes, des caillots peu volumineux, de la paralbumine et de la matière colloïde, de l'eau phéniquée, de l'huile d'olives, qui ont pu rester impunément dans la cavité du péritoine. Néanmoins il importe d'en nettoyer tous les replis avec le plus grand soin possible.

Eviter d'introduire dans la cavité péritonéale tout ce qui peut donner lieu à un foyer d'irritation ou de putréfaction, — maintenir une issue libre aux liquides qui tendent à se produire autour des foyers d'irritation, — limiter l'extension de la péritonite, — favoriser la formation des adhérences, tels *sont les*

grands principes qui doivent guider le chirurgien dans le nettoyage, la réunion et le traitement consécutif.

Depuis quelques années, je me sers surtout de linge, de serviettes, pour nettoyer rapidement la cavité péritonéale. Les éponges ne sont utilisées que d'une manière restreinte. Au besoin, on peut se servir d'une tasse en porcelaine, d'un verre à boire, etc.

Dans les cas où des liquides poisseux, filants, ont été épanchés dans la cavité péritonéale, soit à la suite d'une rupture spontanée ancienne d'un kyste, soit à la suite d'une déchirure pendant l'opération, on est très-embarrassé. Les éponges ne peuvent alors être utilisées convenablement, à moins qu'on n'en ai une très-grande quantité. Pour aller au plus vite, je me suis enhardi peu à peu à me servir de linge très-propre pour étancher rapidement non-seulement les liquides abdominaux, mais encore le sang et la sérosité. Depuis, je me sers très-accessoirement d'éponges pour la plupart des opérations chirurgicales. Avec des linges secs, on étanche plus nettement et plus vite les surfaces traumatiques, les intestins, le fond de l'excavation pelvienne, etc., tous les recoins du péritoine. On plonge à cet effet dans le ventre des portions toujours sèches, toujours propres d'une ou de plusieurs serviettes jusqu'à ce que les liquides soient complètement absorbés. Au premier abord, on est disposé à croire que le contact ou le frottement d'un linge sec, naturellement plus ou moins rude, doit être essentiellement irritant. Toutefois l'irritation, s'il y a lieu, est compensée par la netteté. S. Wells, en 1874, a assisté à une de mes opérations, très-compliquée. (Kyste multiloculaire de l'ovaire droit de 22 kilogrammes. — Ascite. — Adhérences très-vasculaires à la paroi abdominale, à l'épiploon, au ligament suspenseur du foie et au foie lui-même. — Incision prolongée jusqu'à 4 centimètres de l'appendice xiphoïde. — Hémorrhagie excessive sur une très-grande étendue d'adhérences. — Ligature préalable provisoire du pédicule pour restreindre l'hémorrhagie. Application des pinces hémostatiques en grand nombre. Nonobstant, perte de sang de 800 grammes environ. — Hernie ombilicale.

— Excision de la hernie. — Hémorrhagie entièrement arrêtée par l'application des pinces. — Pédicule lié à l'aide d'un serre-nœud. — Durée de l'opération, près de deux heures. — Guérison. — Hernie radicalement guérie.) Dans le cours de cette opération, on fit usage de plus de quatre-vingts serviettes pour absorber les liquides de toutes parts. Pour nettoyer la cavité abdominale dans toute son étendue, une quarantaine au moins de ces serviettes furent employées, et néanmoins sans occasionner aucune irritation du péritoine. Avant de se servir du linge, on pourrait le faire laver préalablement avec de l'eau phéniquée et le faire sécher, afin qu'il reste imprégné d'une certaine quantité d'acide phénique, par surcroît de précaution.

Depuis 1874, époque depuis laquelle je me sers spécialement de linge pour le nettoyage, j'ai fait 84 opérations d'ovariotomie relatives à des kystes de l'ovaire, dont 10 cas seulement ont été suivis de mort.

Dans les derniers temps, l'application des procédés antiseptiques de Lister a fourni d'excellents résultats aux ovariotomistes allemands, surtout comparativement à leurs résultats antérieurs. Jusqu'en 1875, von Nussbaum avait fait ses ovariotomies sans avoir recours aux procédés de Lister : sur 78 cas, il avait obtenu seulement 43 guérisons ; depuis, sous l'influence de l'acide phénique en solution à 5 pour 100, sur 33 cas, il a eu 25 guérisons.

Olshausen n'obtint d'abord que 2 guérisons sur 10 cas ; depuis 1875 jusqu'en juillet 1877, il obtint 36 guérisons sur 48 cas, en pratiquant le drainage abdomino-vaginal. En appliquant strictement les procédés antiseptiques, il n'eut qu'un cas de mort sur 16 opérations.

Kocher, sur les 5 premiers cas, n'obtint que 2 guérisons ; sur les 10 cas suivants, traités avec une solution phéniquée à 1 pour 100, il eut 8 guérisons.

En 1876, sous l'influence du spray phéniqué, Billroth a eu des succès très-remarquables : 20 guérisons sur 25 cas ; mais la mort d'une de ses opérées, qui succomba à un empoisonnement par l'acide phénique, l'a rendu plus réservé dans l'emploi de

cet agent. Néanmoins, en 1877, il obtint 8 guérisons sur 11 cas, d'après Eder.

Pendant les deux dernières années, Hégar a eu 15 cas successifs de guérison, en se servant de chlorure de chaux pour la désinfection et en procédant avec beaucoup de soins de propreté.

Les résultats précédents indiquent très-nettement que la propreté, la netteté sont d'une importance très-considérable dans les opérations qui intéressent le péritoine et que les divers procédés de traitement du pédicule ne jouent qu'un rôle très-secondaire dans l'ovariotomie. Cependant le mode de traitement du pédicule a parfois une importance majeure dans les cas particuliers (lorsque le pédicule est court), de même qu'un grand nombre d'autres éléments exercent également une influence marquée dans les résultats statistiques.

Lorsqu'on se propose d'opérer la cautérisation du pédicule, il faut procéder à ce temps de l'opération de suite après avoir nettoyé l'excavation pelvienne, afin de ne pas froisser ultérieurement les parties cautérisées et de ne pas y provoquer ainsi une hémorrhagie.

En terminant le nettoyage de la cavité péritonéale, il faut avoir soin d'examiner si on n'y a laissé aucun instrument, aucune éponge, aucun linge, etc., car il est arrivé de retrouver à l'autopsie une éponge, une compresse qui avaient été oubliées par mégarde.

8° *Réunion de la plaie.* — Avant d'opérer la réunion, les intestins doivent être disposés, autant que possible, de manière à ne pas donner lieu à un étranglement interne, et l'épiploon doit être étalé au devant d'eux, en arrière de l'incision, jusque contre le pédicule.

L'incision doit être réunie par une suture profonde, destinée à amener la coaptation et la réunion des plans fibro-musculaires et sous-cutanés, et par une suture superficielle qui n'affronte que la peau.

La réunion la plus simple, qui est généralement employée,

consiste à comprendre toute l'épaisseur des parois abdominales dans une série de points de suture à points séparés, à l'aide de fil de soie, de fil métallique ou de catgut. Quelques chirurgiens comprennent le péritoine dans la réunion, d'autres évitent de le transpercer. Le plus souvent, cette lésion est assez indifférente; mais, à mon avis, il vaut mieux laisser le péritoine s'affronter librement au-dessous des points de suture. Ce procédé offre plus de sécurité contre certains accidents inflammatoires. Quelques points de suture à points séparés ne comprenant que la peau, ou bien une suture entortillée sert à régulariser la réunion.

Sp. Wells croit qu'il est de la plus haute importance de comprendre le péritoine dans la suture. Évidemment cette importance est exagérée, puisque je ne l'ai jamais fait et que les résultats généraux de mes opérations aussi bien que les résultats restreints des dernières années ne sont nullement inférieurs à ceux de mon éminent confrère. On peut, au contraire, reprocher à cette suture d'interposer le péritoine entre les tissus fibreux dont la juxtaposition devient impossible et de disposer ainsi à la hernie abdominale.

Pour opérer la réunion, Sp. Wells se servait d'abord d'épingles à suture de bec-de-lièvre dorées, qui traversaient toute la paroi abdominale à 3 centimètres de distance de l'incision et passaient à travers le péritoine à 1 centimètre et demi de distance de la même ligne. En rapprochant les surfaces saignantes, les deux rebords du péritoine s'adossent ainsi. Depuis, Sp. Wells a remplacé les épingles par une suture superficielle également à points passés.

[[Kœberlé expose ensuite la façon dont il pratique la suture de la paroi abdominale. Nous renvoyons pour cette partie à l'article que nous avons publié dans les *Annales de gynécologie* mai 1877, p, 388, dans lequel on trouvera exposée la façon de procéder de l'auteur.]]

9° *Pansement et soins consécutifs.* — La partie libre du pédi-

cule située au-dessus de la ligature doit être entourée de charpie sèche qui en facilite la dessiccation. Cette charpie doit être renouvelée deux ou trois fois par jour. Je me contente ordinairement de nettoyer la plaie avec de la charpie sèche, sans faire aucun lavage jusqu'à ce que le pédicule tende à se décomposer vers le huitième jour, par suite de cette imbibition par les liquides provenant de la suppuration des parties voisines.

Lors des pansements, on couvre chaque fois la plaie d'une quantité suffisante de charpie sèche, puis d'une ou de deux compresses, entre lesquelles on interpose un morceau de taffetas verni pour empêcher les liquides de traverser. On régularise la forme du ventre, s'il y a lieu, avec du linge, des compresses graduées, que l'on maintient au moyen d'un bandage de corps, auquel on attache de chaque côté avec des épingles une compresse assez longue pour passer autour de la cuisse, afin d'empêcher les diverses pièces de cet appareil de remonter et de se déranger. Le bandage doit comprimer régulièrement, méthodiquement le ventre surtout à sa partie inférieure ; c'est pour cela qu'il faut le matelasser et en régulariser tous les creux avec de la charpie, du linge chiffonné, des compresses simples ou graduées. Wells maintient l'appareil du pansement avec des bandelettes agglutinatives, et entoure tout l'abdomen avec une bande de flanelle ; mais ce mode de pansement est moins commode.

L'issue des liquides le long du pédicule et le long des fils des ligatures doit être assurée au moyen de tubes en verre ou en caoutchouc, qui doivent être extraits, lavés, désinfectés, à chaque pansement, dans une solution de sulfite de soude, de préférence à l'eau phéniquée.

Il faut réchauffer l'opérée refroidie par une opération de longue durée, en l'entourant de flanelle, de réservoirs d'eau chaude, de briques chaudes, de linge chauffé, etc.

Les topiques quelconques sur l'abdomen, froids ou chauds, sont en général plus nuisibles qu'utiles de suite après l'opération ; depuis plus de douze ans, je n'applique plus la glace, qui expose à la bronchite.

Il est essentiel d'observer le repos le plus complet par tous les moyens. L'opérée doit être couchée le plus commodément possible ; mais il faut bien se garder de la soulever, de la remonter sur les coussins, surtout lorsqu'il y a des vomissements chloroformiques. Le moindre mouvement les fait revenir. Pour empêcher l'opérée de se tourner sur le côté, lorsque la surveillance fait un instant défaut, il faut placer sous les genoux un rouleau ou un coussin qu'on remonte sous les cuisses. Les reins et les parties latérales doivent être soutenus et bien matelassés au moyen de petits coussins, etc.

Il est important que l'opérée soit constamment entourée d'une garde-malade expérimentée pour tous les petits besoins qui nécessiteraient des mouvements de sa part, et pour maintenir convenablement les parties inférieures du ventre à l'aide des mains lorsqu'il survient des vomissements, de la toux, etc.

Le traitement consécutif, ordinairement assez différent dans les cas simples, est parfois d'une haute importance, et le succès dépend souvent de la manière dont il est dirigé.

Il faut extraire l'urine toutes les six heures environ, surtout pendant la première journée, pour laisser l'opérée aussi tranquille que possible. Dans les cas simples, celle-ci peut souvent rendre d'elle-même l'urine dès le lendemain. Aussi longtemps que l'urine est claire et abondante, le pronostic est favorable. Lorsqu'elle diminue rapidement, se trouble et devient foncée, ammoniacale, surtout les premiers jours, le pronostic est grave. La diminution et la suppression de l'urine indiquent ordinairement une terminaison funeste, très-prochaine. Si les fonctions de la vessie tardent à se rétablir, il y a d'ordinaire dans le bassin une collection séro-purulente, à laquelle on doit être très-attentif.

Les premières heures qui suivent l'opération, on doit se borner à faire gargariser l'opérée avec un peu d'eau fraîche ou glacée pour calmer la soif. Les boissons quelconques, surtout les liquides sucrés, provoquent le plus souvent des vomissements. Le repos le plus complet et une diète absolue sont les meilleures moyens de s'opposer aux vomissements. L'opérée pourra boire un peu d'eau seulement quatre ou cinq heures

après l'opération ; elle pourra prendre ensuite un peu de bouillon, du lait, etc., et dès le lendemain de l'opération un peu de café au lait, de thé ou de chocolat, suivant ses habitudes. Si les vomissements sont arrêtés depuis quelques heures, on pourra essayer peu à peu l'eau vineuse, les bouillons consommés, le laitage, etc. Les jours suivants, la nourriture sera de plus en plus substantielle, suivant l'état de l'opérée. Je ne fais jamais prendre aux opérées de médicaments narcotiques quelconques, opium ou dérivés, à moins d'indications urgentes. On fera bien de se borner, autant que possible, à l'eau gazeuse avec vin rouge ou vin mousseux, à la liqueur ammoniacale anisée et aux infusions de feuilles ou de fleurs d'oranger.

Dès le deuxième jour, s'il n'y a point de troubles gastriques, j'ai l'habitude d'accorder aux opérées des aliments en quantité modérée progressive, à leur gré et conformément à leur régime habituel, de l'eau rougie, du vin, de la bierre, du thé, du café, du bouillon de bœuf, du potage, du lait, puis des œufs, des viandes grillées et rôties, etc. Vers la fin de la première semaine, on peut ordinairement laisser l'opérée se nourrir suivant ses habitudes et son appétit. Une diète prolongée affaiblit les malades et diminue leur résistance vitale aux suites et aux accidents consécutifs des opérations. Il est essentiel d'arriver rapidement à une alimentation substantielle, fortifiante. Le quatrième, le cinquième ou le sixième jour, on fera prendre des lavements d'eau tiède et, s'il y a lieu, un verre d'eau purgative ou des pilules purgatives, de l'huile de ricin, etc.

Quelques heures après l'opération, lors du premier pansement, j'applique ordinairement une suture collodionnée, destinée à maintenir les parties voisines de l'incision dans un relâchement complet et à empêcher ainsi toute traction sur la ligne de réunion. Cette suture se fait avec des cordonnets effilochés à l'une de leurs extrémités, et fixés sur la peau avec du collodion, que l'on peut lier et serrer à volonté et avec lesquels il est aisé de maintenir la ligne de réunion à l'abri de toute tiraillement. Cette suture est infiniment préférable aux bandelettes agglutinatives, et s'oppose plus sûrement aux effets de la toux,

des efforts de vomissement et de la distension abdominale.

On prépare ces cordonnets avec des fils de coton à tricoter, longs de 60 centimètres environ, qu'on remplit, après les avoir tordus, de manière à en former un cordon de 30 centimètres de longueur, composé d'une cinquantaine ou d'une centaine de brins que l'on détord et qu'on effiloche ensuite dans une étendue de 7 à 8 centimètres, en les éparpillant largement en éventail à l'aide d'un peigne, en étendant le cordon sur un linge. On a soin de cirer préalablement la partie du cordon qui ne doit pas être effilochée. Avant d'appliquer la suture, on commence par laver les parties latérales de l'abdomen avec un mélange d'éther et d'alcool (éther, 4 ; alcool à 40°, 1), pour nettoyer parfaitement la peau. On dispose ensuite symétriquement deux ou trois, quelquefois un plus grand nombre de cordonnets, sur les parties latérales de l'abdomen. La partie effilochée doit être étalée à 5 ou 6 centimètres en dehors de la ligne de réunion, de manière à correspondre aux cordons symétriques qui devront être disposés du côté opposé, et de façon que les filaments des deux cordons voisins se superposent en partie. On fixe provisoirement ces cordons en versant un peu de collodion sur le point d'où rayonnent les parties effilochées, pour qu'elles ne se dérangent pas ultérieurement. Pour donner du corps au collodion et multiplier les points de résistance, on étale sur ces mêmes parties une sorte de nuage de coton non cardé à longs brins, étirés de façon à former une couche aussi mince que possible, comparable à une toile d'araignée, de manière à déborder les parties effilochées d'un ou de deux centimètres. On arrose le tout avec du collodion qui en fait une couche commune, dont on peut activer la dissiccation en y appliquant des linges chauffés sur des briques chaudes, etc. Il faut que le collodion soit très-fluide, très-étendu, de manière à couler comme de l'eau, et que, secoué, il laisse rapidement remonter les bulles d'air, ce qu'on obtient en ajoutant au collodion ordinaire une quantité suffisante du mélange d'éther et d'alcool ci-dessus mentionné. Quand le collodion est bien sec, au bout de quelques minutes, on noue successivement les cordonnets symétriques par-dessus la ligne de

réunion, de façon que celle-ci soit tout à fait relâchée et ne subisse pas la moindre traction. On étire et on assouplit ensuite la peau sur laquelle avait coulé le collodion, sur les parties latérales, en dehors des filaments de coton, et on fixe de nouveau avec ce liquide l'extrémité qui s'était décollée. Cette suture collodionnée bien appliquée peut rester en place pendant quatre semaines et au delà. Si, par suite des mouvements, quelques brins de coton se détachent, on n'a qu'à les recoller avec un peu de collodion.

Les épingles de la suture entortillée doivent être enlevées au bout de quinze à vingt heures, dès le deuxième jour, à l'exception de la dernière, qui sert à maintenir pendant une dizaine de jours l'angle inférieur de la partie réunie. Avant d'enlever les épingles, on colle transversalement, entre chacune d'elles, quelques brins de charpie à fils parallèles, avec du collodion et on en enduit également le fil qui entoure les épingles.

La ligature du pédicule ne tombe guère avant le douzième jour ; lorsqu'elle est soumise à une traction, elle peut se détacher plus tôt. Il vaut mieux qu'elle persiste plus longtemps.

Lorsqu'on fait usage d'un clamp, il est nécessaire parfois de le détacher dès les premiers jours, surtout s'il survient du ballonnement ; mais alors on risque d'autant plus la rentrée du pédicule, le décollement des parties déjà cicatrisées et une péritonite consécutive. Il faut alors maintenir les parties latérales déprimés et ne laisser rentrer que progressivement le pédicule.

Lorsqu'on a fait usage d'un serre-ligature, on peut enlever cet instrument le troisième ou le quatrième jour, ordinairement dès que la malade a eu des évacuations alvines ; la ligature supplémentaire permettrait du reste de le supprimer de suite. On coupe de chaque côté le fil de fer avec des pinces incisives, et on enlève ainsi aisément le serre-nœud, sur lequel il suffit de tirer un peu, pendant que l'on maintient l'anse de fil métallique qui reste en place. Pour que les extrémités de ce fil ne puissent gêner ou blesser, on les replie de chaque côté à angle droit sur la peau, et on les engage dans un bout de sonde ou dans un morceau de tube en caoutchouc.

La durée de la cicatrisation jusqu'à la guérison complète varie suivant les cas. Les opérées peuvent, en général, être considérées comme guéries au bout de vingt-cinq jours, lorsqu'il n'est pas survenu d'accidents. Elles doivent, autant que possible, rester couchées pendant trois semaines pour que la cicatrice soit suffisamment consolidée. Lorsque la ligature du pédicule est restée intra-péritonéale, la cicatrisation complète de l'angle inférieur n'est ordinairement pas terminée avant un mois, elle ne se prolonge au delà de ce terme qu'autant qu'il y a eu des complications particulières.

Lorsqu'on a fait une ligature perdue du pédicule, ou qu'on a rentré ce dernier dans la cavité abdominale après l'avoir cautérisé, on peut obtenir d'emblée la réunion immédiate sur toute l'étendue de l'incision, qui a été réunie alors dans toute sa longueur, et les opérées peuvent être complètement guéries au bout d'une dizaine ou d'une quinzaine de jours. Les soins consécutifs se réduisent alors à très-peu de chose ; mais s'il survient des accidents, ces derniers deviennent presque toujours graves ou donnent lieu à des complications prolongées, auquelles les opérées succombent postérieurement, au bout de quelques mois, même au bout d'un à deux ans et au delà, après avoir été considérées d'abord comme entièrement guéries.

[M. Kœberlé décrit ensuite l'ovariotomie vaginale, l'ovariotomie normale ou opération de Battey, les accidents pendant et après l'opération, les complications qui peuvent résulter de la grossesse, des tumeurs fibreuses de la matrice, fait connaître les résultats définitifs de l'ovariotomie, montre la possibilité du rétablissement de la menstruation et de la grossesse, à la suite d'une ovariotomie simple, présente la stérilité absolue comme conséquence de l'enlèvement des deux ovaires, fait connaître les cas de récidive des kystes ovariques et du cancer, passe en revue le pronostic des tumeurs solides et des kystes de l'ovaire, puis termine son remarquable article en formulant les indications et contre-indications de l'ovariotomie que nous reproduisions.]

Indications et contre-indications.

Les indications de l'ovariotomie peuvent être formulées ainsi qu'il suit :

1° La malade doit jouir d'une bonne constitution.

2° L'état général doit être satisfaisant.

3° L'affaiblissement ne doit pas être trop considérable.

4° L'extirpation de la tumeur ovarique est indiquée lorsque la maladie suit une marche progressive et que la vie de la malade est sérieusement ménacée.

5° Le moment d'opportunité pour l'opération est celui où la tumeur est arrivée à un volume moyen, où une ponction palliative va bientôt devenir nécessaire par suite du trouble que le volume de la tumeur menace d'apporter ou occasionne déjà aux fonctions de l'économie. Néanmoins, des tumeurs de 20, 40, 50 kilogrammes peuvent être dans de bonnes conditions de succès. Lorsqu'un kyste a dû être ponctionné, le moment le plus opportun pour l'opération est celui où la tumeur a acquis environ les deux tiers de son volume primitif.

6° Toutes les tumeurs des ovaires, pourvu qu'elles ne soient pas de nature cancéreuse, sont susceptibles d'être extirpées.

7° L'ovariotomie doit être entreprise autant que possible dans l'intervalle des époques menstruelles, soit quelques jours avant, soit quelques jours seulement après les règles. Au reste, l'apparition même immédiate des règles ne paraît pas avoir d'influence marquée sur les suites. Toutefois, la congestion des organes pelviens pendant l'époque cataméniale, dispose à des hémorrhagies plus graves, lorsqu'il existe des adhérences pelviennes.

8° L'ovariotomie peut être tentée avec succès quand même les deux ovaires doivent être extirpés simultanément. Cependant l'opération est ordinairement plus grave et présente alors plus de difficulté d'exécution.

Les *contre-indications* de l'ovariotomie résultent de l'état général de la malade, des circonstances locales de l'organe dégénéré, de l'âge, des circonstances particulières.

1° D'une manière générale, toute affection concomitante, mortelle dans un temps rapproché, et tout état pouvant avoir une influence défavorable sur la marche de la guérison, sont contraires à l'opération. Les affections qui contre-indiquent d'une manière absolue l'ovariotomie, sont : les affections cancéreuses, tuberculeuses, syphilitiques; les affections graves du cœur, du système nerveux, du foie, des reins, de la rate, des poumons, etc. ; les lésions graves de la matrice, de la vessie, du tube digestif; l'ascite consécutive à une maladie du foie, du cœur, des reins, à une péritonite chronique, à un engorgement des glandes lymphatiques abdominales, etc.; le défaut de plasticité du sang (hémophilie); l'état scorbutique; la bronchite; le catarrhe pulmonaire; la dyspepsie consécutive à une affection gastrique, hépatique. L'opération est très-hasardeuse lorsque l'anémie, la faiblesse, la maigreur sont excessives et que le cas est très-compliqué d'adhérences; lorsque la fièvre hectique résulte de complications graves de la tumeur, etc. On doit tenir grand compte de l'état général au delà de l'âge moyen, et surtout lorsque l'âge de la malade est avancé.

C. Clay, Wells ont cru remarquer que les malades qui ont déjà subi un commencement de dépérissement guérissaient plus facilement; mais, toutes choses égales d'ailleurs, les malades d'une forte constitution, dont la santé est bonne et qui ne sont pas arrivées à un degré d'amaigrissement extrême, offrent plus de résistance vitale et supportent mieux les suites d'opérations graves. Un commencement d'anémie et d'affaiblissement, la maigreur, très-prononcée, même à un âge avancé, ne ne sont pas incompatibles avec le succès, si, du reste, la santé a toujours été bonne antérieurement, et s'il n'existe aucune autre contre-indication grave. L'anémie, une infiltration séreuse des extrémités, l'état scorbutique du sang, le lymphatisme, la tendance à l'obésité, sont des circonstances qui tendent à compromettre le résultat des opérations les mieux conduites. Chez

les malades amaigries; l'opération présente, en général, moins de difficultés d'exécution : la réunion est plus facile; le pédicule peut être plus aisément attiré au dehors, lorsqu'on emploie un clamp dans les cas où il n'offre qu'une longueur moyenne, et les opérées sont plus faciles à manier.

2° Les kystes ou les tumeurs ovariques qui ne donnent pas lieu à un trouble fonctionnel, qui ne s'accroissent point ou qui ne s'accroissent que très-lentement, ne doivent pas être opérés : l'opération doit être réservée jusqu'au moment où ils tendent à occasionner des accidents, ou bien jusqu'au moment où elle devient opportune. Les tumeurs d'un petit volume donnent des résultats moins favorables que celles d'un volume moyen, surtout chez les vierges, ou chez les femmes dont les parois abdominales ne sont pas suffisamment lâches ou distendues.

3° L'opération doit être rejetée ou être différée, si l'on soupçonne que la tumeur est de nature cancéreuse. Les dégénérescences cancéreuses des ovaires (cysto-carcinome, cysto-épithéliome) s'observent surtout à l'époque de la ménopause, vers quarante à cinquante ans; le sarcome et le cystosarcome peuvent quelquefois prendre un développement énorme sans devenir cancéreux. Les tumeurs qui ont subi la dégénérescence cancéreuse, laquelle ne se traduit parfois par aucun symptôme bien appréciable, ont ordinairement contracté des adhérences étendues, ou sont fusionnées avec les organes voisins; elles peuvent être inextirpables. Les malades peuvent se rétablir de l'opération ; mais elles ne tardent pas à succomber aux suites de la récidive de l'affection cancéreuse dans le péritoine, les intestins, la matrice, la vessie, etc.

4° L'ovariotomie est encore contre-indiquée d'une manière absolue, lorsque le kyste a suppuré et qu'il existe une perforation de la vessie ou de l'intestin.

5° Les adhérences, quelque étendues qu'elles soient, ne contre-indiquent l'opération que dans les cas où elles sont anciennes et, partant, très-vasculaires alors que l'état général de la malade est très-gravement compromis. Les adhérences,

même générales, ne sont pas contraires à l'extirpation, lorsqu'elles sont récentes et si les malades sont peu affaiblies.

6° Les traitements antérieurs par des ponctions, par des injections iodées, par une canule à demeure, etc., sont en général préjudiciables en vue d'une ovariotomie. Ils donnent ordinairement lieu à des complications, soit en aggravant l'état général de la malade, soit en produisant des adhérences qui rendent l'extirpation plus ou moins laborieuse et hasardeuse. Cependant, lorsqu'ils n'ont pas été suivis de péritonite ou de circonstances graves, ils n'influent pas sur le succès des opérations. Même une ovariotomie antérieure ne contre-indique pas une seconde opération en cas de récidive.

7° L'ascite, en général, aggrave le pronostic; mais elle ne contre-indique par l'extirpation de la tumeur, lorsqu'elle est uniquement le résultat de la transsudation ou de l'exhalation séreuse qui s'opère à la surface de la tumeur, ou d'une lymphorrhagie de vaisseaux déchirés d'un kyste, et même lorsqu'elle dépend d'une péritonite chronique localisée; il en est de même lorsque l'ascite dépend d'une rupture intra-péritonéale d'un kyste, ou d'une ouverture permanente d'un kyste dans la cavité péritonéale, et lorsqu'elle est périodique sous l'influence de la congestion cataméniale.

8° La docilité de la malade doit être prise en considération. Les malades indociles compromettent parfois les succès de l'opération, lorsqu'on ne peut pas obtenir d'elles pendant les premiers jours l'immobilité nécessaire à la cicatrisation, ou lorsqu'elles n'obéissent pas aux prescriptions.

9° Lorsque l'affection est ancienne et que la malade a éprouvé de longues souffrances, a été sujette à des péritonites, à des douleurs locales; les adhérences sont presque toujours très-étendues et graves. On doit s'attendre à une opération de longue durée, compliquée, hasardeuse.

10° Lorsque le col de la matrice est élevé ou bien refoulé contre le pubis, surtout lorsque la tumeur remplit en même temps l'excavation pelvienne, il existe le plus souvent des adhérences intimes dans le cul-de-sac recto-vaginal et avec la matrice, qui

rendent l'extirpation très-laborieuse, même impraticable, au point de vue d'un grand nombre de chirurgiens.

11° Le volume trop considérable d'une tumeur ovarique, même d'un kyste uniloculaire sans adhérences, donne ordinairement lieu à des complications pendant ou après l'opération. Les tumeurs très-volumineuses ont fréquemment contracté des adhérences graves à la paroi abdominale, à l'intestin, au foie, etc.; elles sont ordinairement compliquées d'œdème. L'œdème des parois abdominales, pour peu qu'il soit prononcé, contre-indique l'ovariotomie. Il s'oppose à la réunion et dispose à la péritonite. Il importe, dans ces circonstances, de faire une ponction préalable de la tumeur, afin d'obtenir la résolution de l'œdème. Il en est de même lorsque les côtes sont très-écartées, lorsque les intestins sont trop vides de gaz, lorsque la circulation des veines abdominales est trop gênée.

Il est dangereux d'opérer des tumeurs d'un trop petit volume lorsque le ventre n'a pas subi antérieurement, ou du fait de la tumeur, une distension suffisante. On est exposé alors à l'issue des intestins pendant l'opération et à la désunion consécutive de la plaie.

12° Il faut différer l'opération lorsqu'il existe des maladies régnantes qui peuvent avoir une influence défavorable, telles que les épidémies de grippe, de fièvre puerpérale, à moins de redoubler de précautions lors de l'opération.

13° Dans le cas où le diagnostic de la tumeur est douteux, il faut supposer le cas le plus défavorable, et ne procéder à l'opération qu'autant que l'on pense qu'elle est praticable dans cette hypothèse. Au pis aller, on peut avoir recours à une incision exploratrice.

14° Dans le cas de grossesse, dans les cas où le diagnostic de la grossesse est douteux, il faut s'abstenir d'opérer, à moins de circonstances exceptionnelles.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Fracture du fémur intra-utérine. — M. Théophile ANGER présente le fémur divisé d'un nouveau-né, venu au monde à huit mois. La mère était devenue syphilitique au quatrième mois de sa gestation. Huit jours avant l'accouchement elle tomba sur le ventre et, à partir de ce moment, elle garda le lit. Pendant les divers temps de l'accouchement, l'enfant ne subit aucune manœuvre ; il sortit avec la poche des eaux, et on constata, le lendemain, une déformation assez notable de la hanche avec rotation de la cuisse en dedans. M. Anger crut à une luxation congénitale du fémur. L'enfant succomba deux jours après, et à l'autopsie on trouva une fracture du corps du fémur, ou bien une disjonction épiphysaire à la base du grand trochanter. Cette fracture est irréductible, et les os ne présentent pas à la surface ces rugosités dont M. Parrot a si bien indiqué le nature syphilitique. M. Anger regarde cette fracture comme consécutive à la chute faite par la mère huit jours avant l'accouchement.

MM. POLAILLON et LANNELONGUE rapportent au contraire ce décollement épiphysaire à la syphilis.

M. Lannelongue fait en outre observer que le second fémur présente deux décollements presque aussi marqués à la partie supérieure et vers les condyles du genou.

Toutefois, M. LE DENTU ne partage pas du tout cet avis ; il ne trouve aucun des caractères des lésions osseuses de la syphilis dans les pièces présentées par M. Anger. Du reste, on fera une coupe au niveau même de la fracture, et la question de spécificité pourra alors être élucidée quant à la nature de cette lésion intra-utérine.

(*Séance du 27 mars 1878.*) Dr GUINAND.

Kyste uniloculaire colloïde très-volumineux. — Ovariotomie. — Mort.

M. DUPLOUY donne lecture de l'observation suivante :

La pratique de l'ovariotomie réserve parfois aux opérateurs de tristes mécomptes en les plaçant en présence de circonstances aussi

graves que difficiles à prévoir ; j'ai opéré l'année dernière un kyste très-volumineux, d'environ 15 à 16 kilogrammes, entièrement rempli de matière colloïde et qui, sauf quelques cloisons celluleuses très-fines, appartient au groupe des kystes uniloculaires; on ne rencontre point ordinairement la matière colloïde en proportion aussi considérable au sein des kystes ovariques; elle est presque toujours logée dans des kystes multiloculaires dont elle occupe des départements isolés; aussi ai-je dû rechercher en dehors de ma pratique, bien restreinte puisqu'elle ne comporte que 7 cas d'ovariotomie, des exemples de kystes se rapprochant à la fois tant par leur uniloccularité que par l'homogénéité d'un contenu colloïde de celui qui fait l'objet de cette observation. Pour ne parler ici que des faits cliniques bien observés et publiés sans réserve, je n'ai rien trouvé d'approchant dans le souvenir des opérations nombreuses auxquelles il m'a été donné d'assister, non plus que dans les travaux de Sp. Wells, de Kœberlé, de Ziembichi, etc. La communication de ce fait m'a paru, sous ce rapport, de nature à offrir quelque intérêt à mes éminents collègues, qui trouveront peut-être dans leur expérience clinique quelques faits analogues.

Madame S..., âgée de 31 ans, réglée à 11 ans, mariée depuis douze ans à un sous-brigadier des douanes des environs de la Rochelle, sans antécédents fâcheux du côté de sa famille, a toujours joui d'une santé parfaite jusqu'à son dernier accouchement, survenu il y a deux ans et demie; la tuméfaction du ventre qu'elle observa depuis cette époque aurait été précédée de douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite, sans fièvre ni vomissements, mais elle n'est devenue excessive que depuis six mois au plus, en même temps que la menstruation, jusque-là régulière, se montrait beaucoup moins abondante, bien que bimensuelle.

A son entrée à l'hôpital Saint-Charles, le 5 août 1876, la malade est très-maigrie et très-oppressée par suite de la distension abdominale; son facies est caractéristique; la peau est sèche et terreuse; la respiration très-gênée pendant le décubitus dorsal; le cœur refoulé en haut et à gauche, a des battements forts et précipités; le pouls est, au contraire, petit, régulier, à 82; le ventre qui rappelle la forme de celui des batraciens, retombe sur les cuisses dans la station verticale; il mesure 1 m. 20 cent. de circonférence au niveau du nombril; les veines superficielles sont très-dilatées; les téguments sont épaissis, grenus et œdématiés, surtout à la partie inférieure; l'om-

bilic est projeté au dehors, sous la forme d'un gros œuf de poule, par une collection liquide facile à refouler dans la cavité péritonéale.

Partout on sent une fluctuation très-manifeste, évidemment due à la présence d'une ascite, et, en refoulant le liquide avec les doigts, on tombe sur une masse énorme, sans bosselures appréciables, qui donne une sensation pâteuse. Les parois de l'abdomen glissent facilement sur la surface de la tumeur excepté à droite, où on sent, à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure, une crépitation qui rappelle le cri de la neige froissée entre les doigts et qui fait supposer des adhérences en ce point ; résonnance dans les deux flancs, quand on déplace le liquide ascitique, ainsi qu'à la région épigastrique.

Le col de l'utérus est un peu élevé, ramolli, sans déviation ; le corps parfaitement mobile, ne reçoit pas de mouvements communiqués quand on palpe la douleur abdominale ; ses dimensions, mesurées à l'aide de la sonde utérine, sont normales ; pas de leucorrhée ; il n'y a pas de dysurie.

Les fonctions digestives s'accomplissent bien, sans flatulence ; l'appétit est bon, la soif assez intense ; le sommeil est léger.

Nous diagnostiquons un kyste ovarique uniloculaire avec ascite et œdème des parois, compliqué probablement d'adhérence à droite, à pédicule grêle autant que permet de le supposer l'élévation du col et surtout la mobilité de l'utérus, et, bien décidé que nous sommes à l'opérer, nous pratiquons, le matin même du jour fixé pour l'ovariotomie, une ponction exploratrice avec l'aiguille n° 2 de l'appareil Dieulafoy qui, après avoir amené de la sérosité ascitique, ne nous fournit aucun résultat ; l'insuccès de ces tentatives, répétées en quatre points différents, nous conduit à recourir au trocart n° 4 à l'aide duquel nous obtenons quelques grumaux d'une substance qui ressemble à de la gomme incomplètement dissoute et ramollie par l'eau. Notre diagnostic est dès lors à peu près fixé : nous avons affaire à un produit demi-solide, soit gélatineux, soit colloïde, dont l'issue par tous les modèles de trocart usités en ovariotomie nous paraît des plus problématiques ; et poursuivi par la pensée des difficultés opératoires qui doivent en résulter, nous ajoutons à l'appareil instrumental deux vulgaires cuillers à potage de petite dimension, légèrement tordues sur leur axe.

L'ovariotomie est pratiquée le jour même à 1 h. 40 m. en présence de l'école et avec l'assistance immédiate de M. le professeur Léon,

de MM. Audry, Lefèvre, Dorvau, médecins de 1re classe de la marine, et de MM. les aides médecins Duplouy et Bouché.

Une incision d'environ 12 centimètres, conduite sur la ligne blanche à égale distance du pubis et de l'ombilic, donne issue à une certaine quantité de sérosité provenant du tissu cellulaire, puis à du liquide ascitique qui s'écoule en jet; quatre pinces hémostatiques sont jetées sur les vaisseaux divisés pendant cette section; puis, la poche kystique parfaitement lisse et d'une teinte gris-bleuâtre, apparaît dans l'aire de la section, libre d'adhérence avec la paroi dans tous les points que peut atteindre le doigt. J'ai soin, avant de la ponctionner, d'évacuer aussi complètement que possible la sérosité ascitique par des pressions exercées d'arrière en avant; il s'en écoule environ 5 litres. Comme nous l'avions prévu, le trocart à ovariotomie (modèle Péan) ne donne aucun écoulement, et force nous est de nous décider à fendre la poche longitudinalement et à maintenir les bords de l'incision kystique avec des pinces à plateaux, en les soulevant avec des précautions infinies, vu leur minceur excessive; nous voyons alors apparaître une masse tremblotante d'une teinte blanche légèrement ambrée, assez analogue à de la gelée de pieds de veau ou mieux encore, vu son extrême viscosité, à la pâte de guimauve au moment de sa fabrication. Elle adhère au doigt au point de rendre fort difficile l'extraction des premières portions, et nous ne pouvons nous tirer de la situation que par le jeu alternatif des cuillers à potage; presque rien n'a pénétré dans le péritoine, grâce à la compression exacte des parois; la main introduite au fond de la poche sent céder sous la moindre pression quelques cloisons celluleuses, surtout à droite, et la substance colloïde qui provient de cette région prend une coloration légèrement brunâtre.

Lorsque nous eûmes évacué environ les trois quarts du contenu, nous nous mîmes en devoir d'attirer la poche du kyste à l'extérieur, afin de déverser facilement le reste des produits en dehors de la cavité abdominale : il y avait, en arrière et sur les côtés, de nombreuses adhérences et, malgré tous les ménagements apportés dans ces tractions, la poche se rompit sous nos doigts en arrière et à droite; nous n'en continuâmes pas moins nos laborieuses manœuvres, et nous amenâmes enfin au dehors le kyste tout entier; le pédicule, très-long et très-mince, fut immédiatement étreint à l'aide du clamp de Sp. Wells; mais, l'épiploon, absolument soudé à la partie supérieure du kyste, lui constituait une sorte de pédicule supplémentaire, que

la présence de cinq vaisseaux artériels du volume de la radiale rendait beaucoup plus important que le pédicule normal : nous ne songeâmes pas un seul instant à détruire des adhérences aussi intimes et, nous inspirant de la conduite suivie dans quelques circonstances analogues par certains ovariotomistes, nous étreignîmes le pédicule épiploïque à l'aide d'un très-fort cordonnet de soie, faute de clamp supplémentaire, nous réservant de le maintenir à l'angle supérieur de la plaie; la trompe droite était libre; l'ovaire gauche parfaitement sain. Restait à faire la toilette du péritoine, temps difficile s'il en fût, non par l'écoulement sanguin, pour ainsi dire nul, mais par l'épanchement de la matière colloïde gluante et plastique qui s'était infiltrée dans le péritoine; nous l'accomplîmes à grand renfort d'éponges montées de pressions sur les parois, d'extraction directe avec les doigts ou avec des linges chauds; à chaque instant nous croyions en avoir fini et les pressions d'arrière en avant exprimaient encore, entre les circonvolutions intestinales, de nouveaux fragments de cette sorte de poix tenace et visqueuse; nous évaluons à 15 kilogrammes environ la masse colloïde extraite dans ces diverses manœuvres. Enfin, il ne sortit plus rien; la plaie fut exactement fermée par cinq fils de soie, passés selon la méthode de Sp. Wels et intéressant le péritoine à 1 centimètre de ses bords; chaque pédicule fut traversé avec une broche et lié très-fortement au-dessous d'elle par un fil conduit à travers les parois abdominales, puis badigeonné avec du perchlorure de fer; le ventre fut collodionné, enveloppé d'ouate, et la malade fut reportée dans son lit 1 heure 1|2 après le début de l'opération; elle avait parfaitement supporté l'anesthésie; le pouls battait 80; son état était excellent.

Tout alla bien jusqu'au 8e jour, à part quelques coliques passagères; déjà la plaie était cicatrisée, j'avais pu enlever le clamp et, d'autre part, le pédicule épiploïque était bien près de se détacher; malgré la déchirure de la poche et la crainte que m'inspirait le séjour presque inévitable de quelques parcelles colloïdes dans le péritoine, je commençais à espérer un succès définitif; je me plaisais à rechercher dans l'importante statistique de Sp. Wels, à côté de quelques cas de mort par le fait d'une rupture accidentelle, certains faits de guérison obtenue malgré cette redoutable complication et notamment ceux inscrits sous les nos 212, 266, 301, 330, 336, 400, 406, 416, 442, 463, 468, 494 : des accidents de péritonite suraiguë éclatèrent dans la soirée du 13 août et enlevèrent la malade 10 jours après l'opération.

Je n'hésite pas à rapporter les accidents à la présence d'une certaine quantité de matière colloïde épanchée; car, l'autopsie m'a révélé, outre les lésions habituelles de la péritonite généralisée avec agglutination exsudative des anses intestinales, en arrière du côlon ascendant, et fortement collée à l'intestin, une masse colloïde jaunâtre, de la grosseur d'un œuf de pigeon, en tout semblable à celle qui remplissait le kyste et baignant dans quelques cuillerées d'un liquide sanieux et brunâtre, mélangé de quelques gouttelettes huileuses; à gauche et dans une position symétrique, derrière le côlon descendant, se trouvaient quelques détritus gélatineux analogues, échappés au curage aussi minutieux que laborieux que nous avions dû faire de la cavité péritonéale.

L'examen de la poche kystique nous avait montré quelques tractus filamenteux, minces comme une toile d'araignée, détachés de la surface interne, vestiges des cloisons celluleuses que nous avions rompues par la simple introduction de la main; on ne trouvait pas de trace de cloisons ailleurs qu'au côté droit.

Nous avions pu également constater l'amincissement extrême de la poche au niveau de la déchirure; la paroi interne offrait, au pourtour de ce point, une large zone d'un brun foncé, piqueté de rouge, qui se rattachait évidemment à un travail phlegmasique déjà ancien; les artères provenant de l'épiploon se prolongeaient dans l'épaisseur de la poche jusqu'à sa partie moyenne.

Quant à la substance glutineuse, elle offrait une densité considérable, 1,060, absolument inodore, jaune ambrée, elle a montré au microscope des corps transparents, globuleux, volumineux au point de remplir parfois tout le champ du microscope; offrant, en un mot, les caractères assignés par Virchow et par Ranvier aux *globes colloïdes*; on y a, en outre, rencontré quelques cellules épithéliales et des granulations graisseuses, mais en petit nombre.

Mélangée à l'eau, cette matière a donné un dépôt louche et épais que la liqueur potassique a pu dissoudre à peu près complètement; soumise à l'action de l'acide acétique, cette substance n'est pas devenue grenue, elle a même pris un peu plus de consistance. On n'y a point trouvé les réactions caractéristiques de l'albumine, et tout concourt, d'après les chimistes de note Ecole, à y démontrer la présence exclusive de la substance colloïde.

Quoi qu'il en soit, l'intérêt de cette observation me paraît résider dans l'abondance excessive de cette matière au sein d'une poche uni-

que et dans la présence d'un véritable pédicule épiploïque; les manœuvres d'extraction seraient, je crois, beaucoup mieux assurées, dans un cas de ce genre, par l'accolement provisoire des parois abdominales et des lèvres de l'incision kystique; des pinces à plateau, coudées à angle droit, rempliruient bien cet office. On pourrait, grâce à cette précaution, évacuer complètement la matière colloïde, en débarrasser au besoin la poche par des lavages, puis agir en toute sécurité sur le kyste, quelle que fût la minceur de ses parois, sans avoir à craindre un épanchement péritonéal.

M. Boinet. Je crois qu'il était possible, dans le cas qu'il vient de nous être communiqué par M. Duplouy, de diagnostiquer d'après les symptômes que le kyste était de mauvaise nature. L'amaigrissement, le facies jaunâtre, l'ascite se trouvent rarement dans un kyste de bonne nature; de plus, le développement considérable des veines sous-cutanées abdominales aurait dû éveiller l'attention.

J'ai publié plusieurs exemples de kyste colloïde, et j'ai surtout appuyé sur le diagnostic. J'ai insisté sur cette fluctuation si nette et si évidente que l'on rencontre dans tous les points du kyste, et, malgré l'évidence de cette sensation, on n'obtient aucun liquide par la ponction. Je me souviens d'un cas que j'ai observé avec Lenoir, je fis des ponctions dans les trois points du kyste; rien ne sortant par la canule, j'introduisis, à travers la canule, un fil de fer qui ramena une substance comme de la gélatine. Eclairés sur le diagnostic, nous décidâmes de n'en rien faire.

Dans un autre cas, où l'erreur n'avait pas été commise, je fis cependant une ponction; la malade succomba le 8e jour. Lorsqu'on se trouve en présence d'un mauvais état général, d'une ascite avec une tumeur profondément située, il faut s'abstenir et ne pas opérer.

M. Duplouy. D'après ce que vient de dire M. Boinet, il me semble qu'il serait disposé à considérer les kystes colloïdes comme des cancers que l'on ne doit pas opérer. Je n'accepte pas cette opinion, et c'est pour cela que j'ai opéré.

De plus, ma malade ne se présentait nullement dans les détestables conditions générales dont vient de nous parler notre savant collègue; elle présentait ce facies amaigri, que l'on peut appeler facies ovarique, mais rien de plus. Je n'ai pas vu là une contre-indication que semble vouloir poser M. Boinet, qui me paraît trop absolue.

M. Boinet. Que tous les kystes colloïdes ne soient pas des cancers, je le veux bien; mais ils se comportent comme des cancers, et toutes les femmes que j'ai pu observer avec des kystes à liquide d'aspect gélatineux, colloïde, sont mortes avec les signes du cancer.

M. Terrier. Je partage un peu l'opinion de M. Boinet sur la gravité des tumeurs kystiques de l'ovaire qui s'accompagnent d'ascite se produisant vite et facilement, car, dans ces cas, l'ascite n'est pas produite mécaniquement, mais elle dépend de la structure de la tumeur.

Je crois qu'il ne faut pas poser en principe qu'en présence d'une tumeur colloïde, on ne doit pas opérer. Sans vouloir décider si les tumeurs colloïdes sont des cancers, je dirai que les malades sont vouées à une mort à bref délai et que par conséquent, s'il n'y a pas d'adhérences, j'opérerai.

La fluctuation, que l'on sent avec une grande netteté dans toutes les parties du kyste, ne permet pas de savoir toujours s'il y a une ou plusieurs poches; de plus, la grande minceur des parois rend la destruction des adhérences très-difficile; aussi, en présence des grandes difficultés que peut présenter l'opération, je crois qu'il faut toujours porter un pronostic très-grave.

M. Blot. Je crois que M. Boinet a beaucoup exagéré les indications que peut fournir le facies des malades; si on ne devait opérer que lorsque les malades conservent un teint de bonne santé, on n'opérerait jamais. Pour mon compte, j'ai toujours noté un facies assez mauvais, il ne faut donc pas y attacher une trop grande importance.

M. Duplouy pense qu'il faut attribuer le mauvais résultat de son opération à la toilette incomplète du péritoine; je demanderai à notre collègue pourquoi, en présence des difficultés qu'il rencontrait, il n'a pas extrait de la cavité abdominale tous les intestins pour les débarrasser de ce tissu colloïde. Je me souviens d'un cas où j'assistais Nélaton, dans lequel tous les intestins furent déplissés et essuyés, sans que ces soins minutieux eussent aggravé le résultat, puisque la malade guérit sans avoir eu un seul instant de fièvre.

Je crois que l'on a beaucoup exagéré la sensibilité du péritoine; lorsqu'il est sain, il est tolérant.

M. Polaillon. Je désire faire une distinction au sujet de l'ascite qui peut compliquer les kystes de l'ovaire.

Lorsque le liquide ascitique est séreux, le pronostic n'est pas grave

et l'on peut opérer; si, au contraire, le liquide est sanguinolent, le pronostic devient très-grave et il ne faut pas opérer.

Dans un cas où il y avait de l'ascite, la ponction exploratrice me donna un liquide séreux; j'opérai, j'enlevai un kyste dermoïde, la malade guérit.

Dans un autre cas, chez une jeune fille de 15 ans, la ponction me donna un liquide ascitique sanguinolent; je ne voulus pas opérer. La malade succomba peu de temps après, avec une pleurésie; l'autopsie nous fit constater une tumeur ovarique constituée à la surface par des végétations, dont la rupture avait donné lieu à une hémorrhagie.

En m'appuyant sur ces faits, je crois donc qu'une ascite, à liquide séreux n'est pas une contre-indication; mais, au contraire, on ne doit pas opérer lorsqu'on trouve une ascite à liquide sanguinolent.

M. Boinet. Je n'ai pas dit que l'ascite était une contre-indication. J'ai dit que si on rencontre une malade amaigrie, ayant le facies cancéreux, présentant une dilatation des veines abdominales sous-cutanées, et qu'en plus on constate de l'ascite, il ne faut pas opérer.

Je distingue le facies ovarique du facies cancéreux; le facies ovarique est le facies anémique et ce n'est pas une raison pour ne pas opérer. Dans le cas qui nous a été rapporté par M. Duplouy, je crois qu'il y avait des signes de malignité qui auraient dû empêcher l'opération.

M. Duplouy. Je crois que l'objection de M. Boinet n'est pas acceptable; je connais très-bien le facies cancéreux et je puis lui affirmer que ma malade ne le présentait en aucune façon.

Quant au pronostic que l'on peut tirer de la nature du liquide ascitique, je partage l'avis exprimé par M. Polaillon.

M. Terrier. En 1876, j'ai opéré une femme d'un kyste de l'ovaire, compliqué d'une ascite dont le liquide était transparent et séreux. Elle mourut après l'opération, et à l'autopsie on découvrit des végétations au-dessus du kyste.

J'ai ouvert le ventre d'une femme qui portait des végétations de mauvaise nature; il existait de l'ascite qui n'était nullement sanguinolente.

Je ne crois pas qu'il faille attacher à ce signe une importance aussi considérable que le voudrait M. Polaillon.

M. Polaillon. Je connaissais les faits dont vient de nous parler

M. Terrier; mais ils ne modifient pas le principe que j'ai voulu poser : c'est que lorsqu'on trouve un liquide ascitique sanguinolent, il ne faut pas opérer.

M. Panas. J'ai observé un fait analogue à celui dont vient de nous entretenir M. Duplouy : liquide ascitique citrin et kyste colloïde.

Je regarde ce genre de kyste comme très-grave et comportant un pronostic très-grave.

Comme dans le cas de M. Duplouy, le résultat fut mauvais.

Après avoir incisé la paroi abdominale, je trouvai un liquide analogue à du frai de grenouille qui me fit croire un instant que j'étais dans le kyste, mais ce liquide glaireux fut suivi d'un liquide citrin.

Le kyste était à parois très-minces, flexibles; c'était un véritable kyste déhiscent, car les parois étaient percées comme un crible, à travers lequel était sorti le liquide glaireux, dont la présence dans l'abdomen avait occasionné la production de l'ascite.

Dans ces cas, la toilette complète du péritoine est presque impossible, et je n'ai pas pu tout enlever.

Il est donc important de se demander s'il vaut mieux laisser du liquide ou s'il est préférable de s'attarder à la toilette du péritoine.

Or, nous savons tous que plus l'opération est longue plus elle est grave; en outre, je ne crois pas que la sortie complète de tous les intestins ne soit pas sans danger.

Langenbeck a fait des expériences assez curieuses sur ce sujet; il ouvre l'abdomen de deux lapins et étale, au dehors, les intestins.

Les intestins de l'un sont abandonnés à l'air, ceux de l'autre sont enveloppés dans des linges chauds; le premier meurt par refroidissement péritonéal, le second guérit.

De là, l'utilité de faire des opérations rapides ; les opérations longues sont mauvaises, parce qu'elles exposent le péritoine à l'air. Aussi, lorsqu'on est obligé de sortir les intestins, il faut les entourer d'un air chaud et humide.

Quant à la manœuvre proposée par M. Blot, je ne crois pas qu'elle puisse donner de bons. résultats pour le liquide colloïde ; ce liquide se trouve partout, au milieu des anses intestinales ; à mesure qu'on tire l'intestin, il fuit devant les doigts et va se cacher dans les replis.

On ne peut donc pas tout enlever, et je crois qu'il vaut mieux en laisser une partie, plutôt que de retarder l'opération.

M. Blot. Je n'ai pas prétendu que le déplissement de l'intestin fût sans danger, mais je ne le tiens pas pour plus grave que de laisser dans l'abdomen de la matière colloïde ou du sang. (*Séance du 20 mars. Bull. de la Soc. de Chir.*)

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par les pulvérisations d'éther. — M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur le traitement des vomissements incoercibles des femmes enceintes.

Une jeune femme, au deuxième mois de sa grossesse, était atteinte de vomissements incoercibles qui ne lui permettaient pas de conserver aucun aliment solide ou liquide. Après avoir essayé sans aucun résultat tous les moyens proposés en pareil cas (valérianate de caféine, chloral, emplâtre d'opium, teinture d'iode, etc.), M. Dujardin-Beaumetz employa une médication fort simple conseillée par le Dr Lubelski, c'est-à-dire des pulvérisations d'éther sur la région de l'estomac.

M. Dujardin-Beaumetz procède de la façon suivante : immédiatement avant le repas, on faisait, pendant cinq minutes, avec l'appareil de Richardson, des pulvérisations d'éther vers le milieu de la région dorsale et au niveau de l'estomac. Les vomissements cessèrent presque aussitôt ; le traitement fut suspendu au bout de huit jours, les vomissements avaient disparu pour ne plus revenir.

En tout cas, ce moyen, n'étant pas dangereux, doit être employé dans des cas semblables, surtout si, tous les autres modes de traitement ayant échoué, la malade arrive à un moment où on puisse craindre des accidents sérieux, comme c'était le cas pour la malade de M. Dujardin-Beaumetz.

M. Constantin Paul. L'époque du début des vomissements est importante à signaler, car les vomissements sont fréquents au troisième mois. Il est commun, en effet, qu'une femme ait pendant trois mois des vomissements continuels, vomissements qui se suppriment brusquement, subitement au moment où l'utérus devient volumineux, où le ventre prend rapidement une dimension plus considérable.

M. Duhomme a obtenu plusieurs fois d'excellents résultats avec de

la pepsine. Il cite notamment le cas d'une de ses clientes, qui à une première grossesse est atteinte de vomissements incoercibles tels qu'elle avorte à sept mois; une deuxième grossesse survenant et s'accompagnant de vomissements présentant les mêmes caractères, on ordonna de la pepsine; la guérison fut assez rapide et la malade accoucha à terme.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a employé toutes les substances indiquées en pareil cas, non-seulement la pepsine, mais même la créosote pure de hêtre dont les Anglais se servent et dont ils disent obtenir de bons résultats; il n'a, quant à lui, absolument rien obtenu. Si, dans le cas qui a motivé sa communication, on ne peut pas dire que les vomissements étaient des vomissements incoercibles selon le sens qu'on attache généralement à ce mot, ils étaient tels que la malade ne pouvait plus ni se lever, ni absorber aucun aliment. On peut répondre que le traitement est venu à un moment favorable, c'est ce qui explique la rapidité de la guérison, mais il y a certainement dans ce cas plus qu'une coïncidence. M. Dujardin-Beaumetz insiste sur la simplicité et l'innocuité de cette méthode.

M. Edouard LABBÉ insiste sur ce qu'il faut entendre par *vomissements incoercibles de la grossesse.*

M. VIDAL a obtenu de bons résultats avec des lavements au chloral, les potions au chloral n'ont paru modifier en rien la marche des vomissements. (*Séance du 27 mars* 1878. *Bull. de thérap.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de thérapeutique appliquée basée sur les indications, par J.-B. FONSSAGRIVES, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Voici enfin, pouvons-nous dire, un traité de thérapeutique; car il faut bien en convenir, la plupart de ceux qui nous ont servi de guide jusqu'à ce jour étaient des traités de matière médicale auxquels l'auteur ajoutait plus ou moins de considérations sur l'usage des médicaments, non-seulement sur leur mode d'emploi, mais sur les divers cas pathologiques qui en indiquaient, en commandaient ou en défendaient l'usage.

Dans le meilleur de ces ouvrages, tout ce qui se trouve dans celui-ci et plus encore pouvait bien se rencontrer ; mais l'auteur s'y prenait par le mauvais bout, il commençait véritablement par la fin et, pour nous servir d'une expression triviale, mais qui rend bien notre pensée, il mettait la charrue devant les bœufs.

La thérapeutique est véritablement la science des indications et elle ne saurait être autre chose. Ce n'est pas le médicament qui fait défaut ; mais le cas où il faut l'employer et le moment, l'heure même de son usage, l'opportunité. Après le diagnostic, le but de la clinique et l'objet même de la médecine ou de l'art de guérir, c'est la thérapeutique, c'est-à-dire la science des actions diverses que réclament les divers éléments pathologiques ou les différents actes pathologiques sur lesquels le diagnostic a jeté la lumière. Il y a indication à provoquer dans l'organisme telle ou telle modification, et à déterminer par quel moyen, par quel médicament on peut ou l'on doit la produire, car il n'y a pas qu'un médicament pour remplir une indication, de même qu'un médicament peut remplir des indications diverses, surtout si l'on songe que l'on peut le donner à des doses différentes, sous des formes diverses et à divers moments ou diverses périodes du travail morbide.

Dès lors, l'important pour un livre de thérapeutique, c'est de donner une classification des modes d'agir par lesquels on peut remplir les indications qui semblent éclore de la connaissance du mal et des modifications que sa marche lui imprime : les uns modifient le rhythme des fonctions (les biocratiques), les autres neutralisent la cause (les étiocratiques), les autres impriment une marche favorable vers la guérison ou créent de nouveaux états morbides qui atténuent le mal quand ils ne peuvent le guérir (les nosopoiétiques).

Le premier volume renferme la médication biocratique et nous donne la mesure de l'ouvrage entier qui se trouve nécessairement construit sur le même plan, c'est-à-dire que toujours parti de l'indication, l'auteur arrive aux médicaments et guide le praticien, en le conduisant comme par la main à travers les difficultés de la clinique.

Le second volume, qui est sous presse et doit paraître en juillet prochain, comme l'annonce l'auteur, embrasse les médications qui se rapportent aux diathèses, aux miasmes, aux virus, aux venins, aux empoisonnements et la série des moyens provocateurs d'actes morbides artificiels susceptibles d'être utilisés en thérapeutique (douleur,

délire, miasme, congestions, hémorrhagies, inflammation substitutive, suppuration provoquée).

Il n'y a pour un traité de thérapeutique que deux plans : 1° le plan clinique; 2° le plan pharmacologique; le premier est fait surtout pour les besoins de la pratique ; le second pour les spéculations physiologiques et pour l'étude abstraite du médicament considéré comme un tout indivisible. Aucune de ces méthodes n'est irréprochable, mais la première est la seule qui réponde aux besoins de la clinique. L'auteur ne peut porter la responsabilité d'inconvénients qui ne seront jamais écartés et qui sont inhérents à la nature même de ces études. Il a, d'ailleurs, éludé autant que possible ces inconvénients en ajoutant, à la fin de son ouvrage, un dictionnaire de pharmacologie contenant des notions précises sur l'état physique, chimique et naturel des médicaments, et une étude succincte sur leur action physiologique et leur emploi médical.

Après avoir fait l'analyse clinique des médicaments en les rapportant aux indications qu'ils peuvent remplir, il en fait la synthèse et en donne ainsi la notion complète. Le second volume devient ainsi le complément et la justification du plan du premier.

La supériorité incontestable de ce nouveau plan ne fait pas seulement un livre nouveau du Traité de Thérapeutique que nous avons sous les yeux, elle en fait surtout un livre utile, indispensable, e dont nous ne sommes pas les premiers à caractériser le mérite en disant qu'il est appelé à devenir classique.

C.

Observation obstétricale, par le professeur AD. WASSEIGE (in-8°, Gand, 1877). — **Nouveau pelvimètre**, par LE MÊME (in-8°, Bruxelles, 1877). — **Emploi sur le vivant du lamineur céphalique**, par LE MÊME (in-8°, Bruxelles, 1877).

I. — Le professeur de Liége nous relate l'histoire d'une femme de 24 ans, primipare, qui offrait une présentation du siége en première position, qu'il a essayé de transformer en présentation du sommet par la version céphalique. Il a rappelé que cette opération, surtout conseillée et très-bien décrite par Aitken (1784), Osiander (1799), et Plamant (1803), avait été un peu abandonnée, sauf dans ces dernières années, où elle a été indiquée à nouveau par M. Mattéi. L'enfant paraissant souffrir et la femme se trouvant épuisée par un long travail,

l'accoucheur, placé à la droite de la femme, soulève le siége au moyen de la main droite ; la main est, pour ainsi dire, insinuée par son bord cubital entre le siége et le rebord du détroit supérieur; bientôt elle parvient à élever la partie fœtale qui se présente à quatre travers de doigt de la fosse iliaque. Un aide est chargé du maintien de cette partie. Difficilement, et après des efforts soutenus, on amène le fœtus dans l'axe transversal de l'utérus, puis l'accoucheur, relevant le siége de la main droite et abaissant fortement la tête avec la gauche, parvient à opérer la version céphalique. Malheureusement, dans ce dernier temps de l'opération, la poche des eaux se trouve rompue et tout le liquide amniotique s'écoule; alors, comme on peut craindre pour la vie de l'enfant, on se hâte, avant que l'utérus revienne sur le fœtus et le col étant, du reste, tout à fait dilaté, de faire la version podalique, laquelle amène un enfant en état de mort apparente. Celui-ci est ranimé; la mère sort au bout de 13 jours. — L'auteur termine en expliquant pourquoi il avait choisi la version céphalique : le défaut de dilatation du col, la fatigue de la mère, la vie de l'enfant compromise l'avaient engagé à préférer cette manœuvre à une application de forceps, et n'eût été cet écoulement subit et complet de tout le liquide amniotique, il est probable que la version céphalique aurait compté un succès de plus.

II. Dans un second travail, le professeur Wasseige, après avoir sommairement indiqué qu'il y a trois sortes de pelvimètres, externes (applicables seulement aux vierges, et d'ailleurs, ne donnant que des notions insuffisantes), internes (d'une application difficile), et mixtes, les seuls à employer, examine et critique successivement les pelvimètres les plus connus et les plus en usage et arrive à dire que, pour construire un bon pelvimètre, il faut faire attention à trois choses : 1° la forme de l'extrémité de la branche interne, laquelle ne saurait être convexe pour s'appuyer sur le promontoire, convexe lui-même ; 2° la direction de la branche interne, qui doit être telle, dans la filière pelvienne déformée, qu'on puisse toujours amener la partie concave de la branche interne directement contre le promontoire; 3° la disposition à l'extrémité recourbée par rapport à la direction de la tige, pour l'adaptation exacte sur le promontoire ; 4° enfin, le placement facile de la branche externe sur les pubis. — M. Wasseige espère avoir satisfait à tous ces desiderata en construisant un instrument composé de deux tiges métalliques superposées, longues de 28 centimètres et formant ensemble une tige quadrangulaire de 4

millimètres d'épaisseur sur 7 millimètres de hauteur. Elles sont articulées à une extrémité avec une pièce métallique légèrement recourbée en S, de même épaisseur que les tiges, longue de 55 millimètres, présentant de champ une encoche suffisamment profonde pour recevoir les deux tiges légèrement amincies ; les côtés sont dépolis. L'articulation avec la tige inférieure se fait par une simple vis ; elle permet des mouvements dans le sens antéro-postérieur. L'articulation avec la tige supérieure se fait également par une vis ; mais la tige métallique présente près d'elle une charnière qui lui permet une certaine mobilité pour donner à la pièce articulée un jeu suffisant. Un étrier, fixé à l'extrémité opposée de la tige inférieure de la branche interne, maintient les deux tiges l'une sur l'autre. Une vis de pression, placée au-dessus de l'étrier, permet d'immobiliser les deux tiges de la branche interne. La branche externe, longue de 9 centimètres, est recourbée à 4 centimètres de son extrémité libre, presque à angle droit. Cette extrémité est terminée par un bouton ; l'autre est renflée et percée d'une mortaise pour recevoir les deux tiges formant la branche interne. Sur les côtés de cette partie renflée se trouve une vis de pression pour immobiliser les deux branches l'une sur l'autre. Un curseur percé d'une mortaise et muni d'une vis de pression est placé, au préalable, sur la branche interne avant d'ajuster la branche externe.

III. L'idée d'amoindrir la tête fœtale au moyen d'un instrument qui se rapproche d'un laminoir devait venir à un accoucheur d'une ville aussi industrielle que Liége. Successivement essayé plusieurs fois sur le cadavre, le lamineur céphalique du professeur Wasseige a deux fois servi sur le vivant entre les mains de son inventeur. Dans le premier cas, l'application a été parfaite ; mais, dans le second, il a plutôt coupé que broyé la tête, en sorte que de nouveaux perfectionnements se trouvent encore nécessaires ; jusqu'ici, du reste, il faut le dire, il n'a jamais fait défaut dans une circonstance essentielle où on comptait beaucoup sur lui, la sortie de la tête sans qu'il reste d'esquilles dénudées par suite du broiement du crâne.

Dr Édouard Labarraque.

Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, par le docteur Besson (*Thèse de Paris*, 1877). — M. le Dr Besson comprend sous ce nom l'étude d'un certain nombre de faits de grossesses gémellaires

dans lesquelles les deux fœtus s'engagent simultanément dans l'excavation. Il a pu réunir une cinquantaine de faits de ce genre. Cet accident est grave, car si le médecin ne sait par avance quelle conduite il doit tenir, les deux enfants succomberont presque fatalement, et la vie de la mère elle-même pourra être en danger. Le chapitre relatif au traitement est donc, dans le travail fort intéressant de M. Besson, un des plus importants que doit faire l'accoucheur. 1° Chercher à sauver, d'abord et avant tout, la mère ; 2° les deux enfants, si c'est possible ; 3° un seul enfant, s'il ne peut faire autrement. — Si les deux enfants se présentent par la tête, c'est au forceps qu'il faudra avoir recours (Tarnier); on saisira la tête qui est la plus engagée, et on essaiera des tractions. Cependant, si elles restaient infructueuses, si l'état de la mère l'exigeait, et surtout si on était assuré de la mort du fœtus, il n'y aurait plus à hésiter, la crâniotomie devrait être pratiquée. Peut-être, par cette opération, pourrait-on sauver la mère et offrir au second enfant quelques chances de vie. — Lorsque les deux enfants se présentent, le premier par le siége, le second par la tête, il faut d'abord, par des manœuvres douces et raisonnées, essayer de faire cesser l'entrecroisement des deux têtes et, pour cela, refouler celle du second fœtus. Si on ne réussit point, il faudra, le plus souvent, décapiter le premier jumeau ; ce sera la seule manière, en général, d'avoir un second enfant vivant et de ménager la santé de la mère. M. Besson rappelle également que, si le premier enfant présente le siége, il faut s'abstenir de suivre l'exemple de quelques accoucheurs qui donnent à la femme du seigle ergoté pour favoriser la sortie du fœtus. Cette conduite est coupable dans les cas de grossesse multiple ; elle favorise l'engagement prématuré de la tête du second enfant.

D[r] ÉDOUARD LABARRAQUE.

REVUE DES JOURNAUX.

Tod durch innere Verbeutung aus einen arrodirten Uterinvene (Mort par hémorrhagie interne causée par une veine de l'utérus ulcérée), par M. FRITSCH. *Archiv f. Gyn.*, t. XII, p. 406. — Une femme âgée de 28 ans, ayant eu deux couches antérieures normales, éprouva vers la fin de sa troisième grossesse une douleur dans le côté

gauche. Néanmoins, elle vaqua à ses affaires, mais cinq heures après elle se mit au lit et trois heures après demanda le secours de l'accoucheur, quoiqu'elle ne sentît à proprement parler de véritables douleurs. A cause de l'accélération de la respiration et du pouls le cœur et les poumons furent soigneusement examinés mais trouvés exempts de lésions. A l'exploration interne le méat était mou, dilatable, admettant deux doigts et occupé par une poche molle à travers laquelle on croit sentir le siége.

Douze heures après on vint annoncer la mort de la parturiente. D'après la sage-femme le travail aurait continué malgré de faibles contractions, la poche des eaux serait descendue dans le vagin et le méat aurait admis deux thalers. Ce serait pendant le sommeil de la sage-femme, c'est-à-dire de neuf heures à minuit que la parturiente se serait éteinte.

A l'autopsie, le cœur, les poumons et tous les organes furent trouvés sains. La cavité abdominale renfermait une grande quantité de sang noir liquide ou coagulé. Le coagulum en connexion avec l'utérus et la vessie a la forme d'une glande thyroïde colossale. L'espace de Douglas est complètement vide, ni sang ni intestins. Après l'extraction d'une quantité considérable de sang, l'utérus se présente avec sa forme habituelle un peu incliné à droite, mais déjà derrière la couche péritonéale de l'utérus et à gauche on peut apercevoir une ouverture du volume d'une lentille. La partie latérale de cet organe était parcourue par des veines larges et à parois minces. Après l'extirpation totale de l'utérus, on trouva que sa grande périphérie mesurait à l'extrémité supérieure des ovaires 75 cent., qu'il avait 31 de hauteur et 22 dans sa largeur maximum. L'isthme se reconnaît à un enfoncement placé à 5 travers de doigt de la portion vaginale. L'ouverture de perforation ci-dessus mentionnée se trouve en arrière au-dessous de l'ovaire gauche, à 3 centimètres au-dessous de la ligne des deux ovaires et à 18 centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure de l'utérus; elle mesure 8 millimètres de diamètre au niveau de la couche péritonéale; elle est arrondie et a les bords rouge sombre et aboutit à une veine affaissée et vide de sang. La perforation siégeant sur la veine mesure seulement 4 millimètres de diamètre. Aux alentours de la perforation le péritoine est sombre, et, à certains endroits, se trouvent de petits défauts du volume et de la forme d'une lentille. Sur quelques-uns de ces défauts ou érosions on constate à la loupe une petite partie névrotique qui paraît avoir été détachée du pourtour

de l'érosion. De semblables érosions se trouvent surtout aux parties correspondantes à l'érosion de la veine. Il est digne de remarquer qu'il n'existe point de couche sous-péritonéale, que le péritoine n'est nulle part épaissi et que le parenchyme utérin n'est nulle part intéressé.

Le méat externe est affaissé, dilatable jusqu'à 6 centimètres et permet, sans pression sur l'utérus, de percevoir la poche des eaux. Quant aux membranes elles s'insèrent en forme de cercle à 7 centimètres du méat; les eaux qu'elle renferme sont abondantes et mêlées de *meconium*.

Le placenta qui descend jusqu'au méat interne a une forme irrégulière avec de nombreux cotylédons. De haut en bas il mesure 18 centimètres et 24 de droite à gauche. Le placenta passe en dedans au niveau de la veine rompue; le cordon long de 39 centimètres est inséré à la marge.

L'enfant se présente dans la deuxième position du siége, le dos plus en avant et un peu à droite. Le diamètre longitudinal de la tête est presque parallèle avec celui des épaules, la partie gauche du visage est presque placée sur la poitrine de sorte que le point supérieur du sommet en est la partie droite. Dr A. Puech.

Beitræge zur Lehre von den Gesirhtslagen (Contribution à la théorie des présentations de la face, par Mayr (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 211, avec planches). Ce travail surtout statistique est un document considérable établi sur le dépouillement de 107 observations recueillies à la Maternité de Munich, dont 38 concernent des primipares et 69 des multipares. La première position fut notée dans 63 cas et la seconde dans 44.

La durée de l'accouchement, divisée en deux périodes, fut variable, suivant les conditions de la mère; chez les primipares la première période demanda jusqu'à douze heures 12 fois, jusqu'à vingt-quatre heures 16 fois et enfin au delà de vingt-quatre 10 fois, soit en moyenne vingt-trois heures. Chez les multipares la première période dura jusqu'à douze heures 43 fois, jusqu'à vingt-quatre heures 14 fois, et au delà de vingt-quatre heures 12 fois, soit en moyenne quatorze heures.

Chez les primipares, la seconde période ou d'expulsion dura en moyenne deux heures, alors que chez les multipares sa durée moyenne fut de une heure un quart.

L'intervention fut nécessaire dans 8 cas ; dans 1 on fit la version au début du travail, dans les autres on appliqua le forceps.

Enfin 7 fois il survint une déchirure du périnée.

11 fois les mères eurent des suites de couches graves ; chez 4 où le forceps avait dû être appliqué, il y eut mort par péritonite puerpérale. Quant aux enfants la mortalité fut de 6,64 p. 100.

Le cordon ombilical ne fut que 16 fois au-dessous de la longueur normale et 68 fois au-dessus. La longueur était en moyenne de 60 centimètres. Les circulaires autour du cou furent rencontrées 17 fois.

Quant aux données étiologiques de cette présentation, il faut mentionner le goître *congénital* qui a été constaté une fois chez l'enfant d'une femme à sa troisième couche, laquelle avait, du reste, une tumeur goîtreuse considérable.

Quant aux circulaires du cordon, elles ont été rencontrées 15,9 pour 100 et jamais il n'y avait plus d'un triple tour de cordon.

La véritable cause, d'après l'auteur, serait l'influence de la *dolichocéphalie* signalée par son maître Hecker. Sans doute Buisky et Kleinwachter ont prouvé par leurs mensurations, que la dimension exagérée du diamètre droit qui est caractéristique dans les présentations était surtout le résultat du travail de l'expulsion, pourtant on ne saurait méconnaître qu'une longueur exagérée du bras de levier postérieur doit favoriser la formation des présentations de la face. Je ne puis entrer dans les détails des mensurations minutieuses données par Mayr, mais ceux que cette question étiologique intéresse y trouveront largement à puiser. Pour moi, qui ai rencontré dans ma pratique une dizaine d'accouchements de cette catégorie, je suis disposé à admettre qu'un fort développement de l'occiput est un facteur réel qui favorise à un haut degré l'existence des présentations de la face.

Dr A. Puech.

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse; par le Dr Marion Sims. — Une dame de 22 ans, mariée à 16 ans, après une première couche heureuse, fut prise à chacune de ses trois autres grossesses successives, de vomissements indomptables qui amenèrent l'avortement. Enceinte pour la cinquième fois et tourmentée par les mêmes accidents, elle consulte M. Marion Sims, qui, après plusieurs essais infructueux, voyant l'imminence de l'avortement et l'existence même de la malade lui paraissant compromise, procède à

l'exploration directe. Il trouve une antéflexion latérale droite, les deux lèvres du museau de tanche granuleuses et couvertes d'une abondante sécrétion leucorrhéique. Il touche le col avec une solution de 2 grammes de nitrate d'argent sur 20 grammes d'eau, et suspend toute autre médication. Le lendemain, la malade était comme transfigurée; elle avait pris le premier repas qu'elle eût pu garder depuis quinze jours : plus de nausées ni de vomissements. Quelques incommodités du même genre, mais beaucoup plus légères, ayant plus tard reparu, deux attouchements avec l'acide phénique en firent définitivement justice. (*The lancet*, 23 février 1878.)

Dr Lutaud.

VARIETES

Mort du fœtus au sixième mois de la grossesse; expulsion spontanée cinq mois plus tard. — Une femme de 34 ans qui avait eu six couches heureuses et à terme, eut sa dernière menstruation le 20 juin 1876 et sentit au commencement de novembre les premiers mouvements de l'enfant. Le 9 novembre, sans causes connues, elle éprouva des évanouissements, de la dyspnée, de la cyanose, des douleurs de côté, et un médecin constata en même temps un commencement de travail. Cependant il n'y eut aucun écoulement amniotique et tous les symptômes énumérés ci-dessus cessèrent dans l'espace de huit jours. Concurremment le ventre tomba peu à peu et les mouvements de l'enfant ne furent plus perçus.

Le 25 janvier 1877, Schellenberg examina cette femme et constata une hypertrophie de l'utérus. Cet organe arrivait par son fond à égale distance du pubis et de l'ombilic. Comme il n'existait pas de douleur on s'abstint de toute intervention. Bref, elle accoucha le 12 mai de la même année d'un œuf intact contenant un fœtus de six mois aplati, momifié. Le placenta était parsemé de nombreux noyaux apoplectiques, et le cordon était fortement tordu. Ainsi donc le fœtus était mort en décembre et avait été conservé pendant cinq mois dans la cavité utérine.

A ce propos, Meissner relate un cas ou l'enfant fut expulsé deux mois seulement après sa mort et rappelle le travail de Liebmann dans

lequel des faits analogues sont consignés (Schellenberg, *Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 482).

Comme tous les accoucheurs, j'ai rencontré des cas analogues, mais en attendant que j'en fasse l'objet d'un travail, je rappellerai celui d'une femme qui devenue enceinte à la suite d'une dilatation du méat perdit son enfant par la frayeur causée par l'écroulement d'une cloison. Elle conserva son fœtus jusqu'à terme et l'expulsa seulement quatre mois et demi après l'accident qui avait amené la mort du produit. Day (*Chicago med. Journ. a. Exam.*, mai 1877) a relaté un cas où la mort étant survenue au quatrième mois, la gestation se continua jusqu'au deux cent soixante-seizième jour.

A. Puech.

Création de services spéciaux d'accouchements dans les hôpitaux de Paris. — Nous avons déjà fait connaître dans le numéro de juin 1877, des *Annales de Gynécologie*, que le conseil municipal de Paris avait déposé un vœu pour demander à l'assistance publique :

1° D'instituer des services exclusivement destinés au femmes en couches, et aux nourrices :

2° De confier ces services à des médecins accoucheurs, de même que les services de médecine sont confiés à des médecins, et les services de chirurgie à des chirurgiens.

3° De nommer les médecins accoucheurs à la suite d'un concours imposant des connaissances générales et spéciales.

Pour justifier ce vœu qui avait été signé par un grand nombre de membres du conseil municipal, et pour mettre en relief l'utilité de la réforme, notre excellent confrère et ami Bourneville vient de présenter un rapport qui met parfaitement en relief, la nécessité d'une organisation nouvelle des services d'accouchement.

Nous ne discuterons point la valeur de cette innovation qui nous semble parfaitement justifiée. A. L.

Congrès périodique international des sciences médicales.

(6° *session.*)

Selon le vœu, exprimé à Genève par le dernier Congrès périodique

des sciences médicales, et avec le concours de l'Association médicale néerlandaise et de la Section scientifique de l'Académie royale néerlandaise, un Comité d'organisation s'est constitué pour la sixième session du Congrès.

Ce Comité est ainsi composé :

Président : M. le professeur DONDERS, à *Utrecht*.

Secrétaire général : M. le docteur GUYE, à *Amsterdam*.

Membres : M. le docteur VAN CAPPELLE, référendaire pour les affaires médicales au ministère de l'intérieur, à *la Haye*.

M. le docteur	FABIUS, à *Amsterdam*.	
M. le professeur	HERTZ,	—
—	HENSIUS, à *Leyde*.	
—	HUET,	—
—	HUIZINGA, à *Groningue*.	
—	KOSTER, à *Utrecht*.	
M. le docteur	RAMAER, à *la Haye*.	
M. le professeur	ROSESTEIN, à *Leyde*.	
—	SANGER, à *Groningue*.	
—	SNELLEN, à *Utrecht*.	
—	STOKVIS, à *Amsterdam*.	
—	J. W. R. TILANUS, à *Amsterdam*.	
M. le docteur	ZEEMAN, à *Amsterdam*.	

Le Comité a désigné Amsterdam comme siége du Congrès.

Le Congrès exclusivement scientifique, durera une semaine ; il s'ouvrira le dimanche 8 septembre 1879.

Les langues officielles seront le français et l'allemand.

Toutes les communications relatives, soit au Congrès, soit aux questions qui pourront faire l'objet de ses délibérations, seront reçues avec reconnaissance par le Comité. Elles devront lui être adressées avant le 1er juin 1878, époque à laquelle le Comité fixera définitivement les status et le programme, et nommera les rapporteurs.

POUR LE COMITÉ :

Le président : DONDERS.

Le secrétaire : Dr GUYE.

Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées au secrétaire général, Dr GUYE, à *Amsterdam*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Ueber die Puls. der Wöchnerinnen aut 9 Curventafeln (Sur le pouls des accouchées avec neuf planches de tracés), par MEYBURG. *Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 114. C'est une vérification des travaux de Blot, Marey et Hemey établie d'après l'examen de 1050 accouchées à la Maternité de Dresde.

Die uteruschleimhaut im Wochenbetk u. ihre normale u. mangelhafte Ruckbeldnnd (La muqueuse utérine après l'accouchement et sa régression normale et anormale), par LÉOPOLD (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 169, avec trois planches).

Beiträg zur Anatomie der cervix uteri wahrend der Schwangerschaft und der Wochenbetts (Contribution à l'anatomie du cervix utérin pendant la grossesse et les couches), par KUSTNER (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 383, avec trois figures). Ce travail est une critique de certaines conclusions émises par Bandl dans sa monographie « *Ueber das Verhatten des Uterus u. Cervix,* » Stuttgart, 1876.

Die Veränderungen der Graaf'schen Follikels nach dem Aufhören der Sexuatthätigkeit (Les changements des follicules de Graaf après la ménopause), par KISCH (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 416). Ce court travail est la description histologique des changements éprouvés par l'ovaire depuis la ménopause jusqu'à la vieillesse.

Beschreibung eines menschlichen Eichens aus der zweiten bis dutten Woche der Schwangerschaft (Description d'un œuf humain ayant de deux à trois semaines), par BEIGEL et LÖWE (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 421, avec une planche contenant huit figures). Ce travail est précédé de l'indication des cas analogues existant dans la science.

Beiträg zur Schwangerschaft ausserhald der Gebarmutter-Hohb (Contribution à l'histoire de la grossesse extra-utérine), par COHNSTEIN (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 355). Après avoir relaté une observation de Friedreich dans laquelle ce professeur aurait arrêté le développement d'une grossesse extra-utérine commençante par des injections de morphine faites dans le point fluctuant d'une tumeur abdominale, l'auteur étudie quelques points de cette grossesse anormale. Son travail, établi sur le dépouillement de 600 observations sera consulté avec fruit.

Ueber den Mechanismus der Geburt bei Kopflagen (Sur le mécanisme de l'accouchement dans la présentation de la tête), par STEPHAN (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 464, avec une planche contenant vingt dessins).

Der Uebergang von Chloroform u. Salicylsäur in die Placenta nebst Bemerkungen über den icterus neonatorum (*Le passage du chloroforme et de l'acide salicylique dans le placenta, avec remarques sur l'ictère des nouveau-nés*), par Zweifel (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 235).

Zur Ætiologie des Nabelschnurgiraüsches (*A propos de l'étiologie du souffle ombilical*), par Kehrer (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 258).

Zur Ætiologie der Pemphigus neonatorum, (*Sur l'étiologie du pemphigus des nouveau-nés*), par Fehling (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 259).

Ueber die Tuberculos, der weiblichen Harnblase (*Sur la tuberculose de la vessie chez la femme*), par Marchand et Schucking (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 433). Travail d'anatomie pathologique.

Ueber den Zuckergehalt in Harne der Wöchnerinnen (*Sur le sucre dans l'urine des accouchées*), par Sohannovsky (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 448). Ce travail d'analyse chimique est un contrôle des expériences de Hempel (même recueil, t. VIII, p. 312) et incidemment des travaux publiés sur la matière.

Les Annales de Gynécologie ont reçu :

Rapport sur l'usurpation de titres médicaux et secondairement sur le charlatanisme et l'exercice illégal de la médecine, lu à la Société de médecine du Louvre par le Dr Adolphe Piéchaud. Lauwereyns, éditeur.

On Kolpokleisis and other allied procedures as means of treating vesico-vaginal-fistule, by Nathan Bozeman (extrait de *Richmond and Louisville medical Journal*, 1877).

Kolpokleisis as a means of treating vesico vaginal fistule, is the procedure ever necessary, par Nathan Bozeman (extrait des *Transactions of the American medical association*, 1877).

Du traitement névro-dynamique dans certaines maladies des yeux, par le Dr Chapman. Asselin, éditeur, 1878).

Fälle von Sogenanntem partiellem myxom der placenta, par le Dr Storch (extrait de *Wirchow's Archiv für pathologische anatomie and physiologie*, 1878).

The pathology and treatment of membranoas dysmenorrhea, par le Dr John Williams (extrait des *Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XIX).

Statistique du bégaiement en France, par Chervin aîné (rapport à M. le Ministre de l'Instruction publique).

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

KYSTE DERMIQUE DE L'OVAIRE GAUCHE. OVARIOTOMIE. GUÉRISON.

Par le Dr Gomez Torres,
Professeur de clinique d'accouchement, des maladies des femmes et des enfants, à la Faculté de médecine de Grenade.

Traduction d'après le manuscrit, par le Dr THÉVENOT.

Pendant longtemps on a cru que les kystes dermiques (dermoïdes de Lebert) étaient causés par la fécondation d'un ovule. Actuellement, il est généralement admis que parmi les produits variés qui peuvent former le contenu des kystes, figurent les poils, les dents, les cartilages et les os : Friedreichs a trouvé aussi dans ces tumeurs de la matière cérébrale, de gros cordons nerveux de nouvelle formation, et Virchow y a observé et décrit des fibres musculaires.

Le développement de ces tumeurs, qu'elles aient pour siége

l'ovaire ou tout autre organe, est lent, leur élimination impossible, et par conséquent leur guérison par les seuls efforts de la nature et les troubles que ces efforts entraînent compromettent fréquemment l'existence.

Bien que les kystes dermiques aient été trouvés dans d'autres points, c'est habituellement dans les ovaires qu'on les observe et pendant la période de la vie sexuelle, époque pendant laquelle la force créatrice de ces organes est dans toute sa plénitude.

Le cas remarquable, à plus d'un titre, que nous publions, est une nouvelle preuve de la marche lente de cette classe de tumeurs, de l'impuissance des efforts de la nature pour les éliminer, et aussi de la spontanéité de leur développement, sans que le stimulus produit par l'imprégnation soit nécessaire.

Antonia Cauton, âgée de 25 ans, fille, née à la Calahorra où elle habite (village situé à 12 lieues de Grenade), travaillant aux champs, a un tempérament sanguin, une constitution vigoureuse et une taille au-dessus de la moyenne.

Ses antécédents pathologiques se réduisent à quelques migraines, pas très-fortes, dont elle commença à souffrir dès l'âge de 7 ou 8 ans, d'accès de fièvre intermittente ; à type tierce, à l'âge de 12 ans, et qui cédèrent aux préparations de quinquina.

Réglée pour la première fois à 15 ans, sans troubles notables, elle continue à l'être régulièrement jusqu'à 20 ans; à cette époque elle fut un jour assaillie par un cheval; la frayeur amena une syncope et la suppression du flux menstruel. Cet accident fut suivi de malaise général, de nausées, d'inappétence, et cet état dura une semaine.

La menstruation réapparut quatre mois après, grâce, dit-elle, à des pilules ferrugineuses, et depuis elle n'a plus été troublée.

Huit mois après cette frayeur et quatre mois après le rétablissement du flux menstruel, elle commença à éprouver des douleurs pongitives dans la fosse iliaque gauche, et en y portant la main, elle remarqua, pour la première fois, l'existence d'une tumeur dure, sensible à la pression, mobile, du volume d'un œuf de poule; le médecin qu'elle consulta lui ordonna des cataplasmes émollients et calmants ; la douleur continua, le volume de la tumeur alla en augmentant jusqu'à atteindre l'ombilic où elle forma une saillie

prononcée. Le médecin de la localité constatant de la fluctuation, fit une incision qui donna issue à une grande quantité d'un liquide épais ; la tumeur diminua, et par l'orifice qui devint fistuleux s'écoulait du pus et des matières épaisses, dont on ne peut déterminer la nature par la relation de la malade.

Cet état dura près de trois ans, avec exacerbation des douleurs aux époques menstruelles. Il y a trois mois, apparurent à l'ouverture fistuleuse des saillies blanchâtres et dures, qui la dilatèrent jusqu'à venir former au dehors une tumeur avec quelques dents, la tumeur ayant une forme telle, et les dents plantées de telle façon que cela ressemblait à la tête d'un chien.

Dès que cela fut connu dans le village, on commença à faire les contes les plus absurdes, et la malade fatiguée de traitements inefficaces prit le parti de venir à Grenade et entra dans les salles de chirurgie de l'hôpital civil où elle resta deux mois et s'en retourna dans le même état. Trois mois plus tard elle revint à Grenade avec recommandation d'entrer dans notre clinique, ce qu'elle fit le 15 janvier 1872, quatre ans et demi après avoir remarqué pour la première fois l'existence de la tumeur.

Etat actuel. L'état général est satisfaisant : la malade n'est point amaigrie ; la digestion dans tous ses actes se fait d'une manière normale ; l'évacuation de l'urine n'est en rien troublée.

La région moyenne du ventre est occupée par une tumeur qui commence à 3 centimètres au-dessous de la cicatrice ombilicale et qui va se perdre dans la fosse iliaque gauche ; mesurée transversalement, elle a dans son plus grand diamètre 22 centimètres ; en haut et un peu à gauche, la paroi abdominale est détruite dans une étendue telle, qu'elle permet à une partie de la tumeur de faire hernie sous forme d'un cône irrégulier dont la base mesurerait 7 centimètres de diamètre environ, et sur le sommet tronqué de la tumeur se trouvent quelques dents qui paraissent être des canines et qu'il est impossible d'arracher ; sur le côté et un peu en bas se trouve un appendice charnu qui ressemble à un pouce.

En palpant le ventre, ce qui réveille de la douleur, on limite mal la tumeur surtout inférieurement ; elle est dure, bosselée et en la comprimant on fait sortir un pus séreux d'une odeur repoussante. La percussion donne un son mat dans toute la zone occupée par le kyste. Par le toucher vaginal, rendu difficile par la présence de l'hymen, on trouve le col utérin petit, dur, dirigé en arrière et à gauche ; il est

possible cependant de lui imprimer des mouvements dans toutes les directions. Par le toucher rectal on se confirme dans l'opinion de la complète indépendance de l'utérus et de la tumeur, on ne perçoit pas la plus légère altération dans l'ovaire droit.

Le diagnostic n'était pas difficile, tenant compte des signes de la virginité, des caractères de la tumeur et des antécédents ; on ne pouvait penser qu'à un *kyste dermique* de l'ovaire : point sur lequel les autres professeurs de la Faculté étaient parfaitement d'accord, non moins que sur la nécessité de pratiquer l'ovariotomie.

Opération. — Elle eut lieu le 24 janvier après avoir fait modeler par des sculpteurs le ventre de la malade et la portion de tumeur qui faisait hernie au dehors ; on conserve le moulage au musée de la Faculté.

L'amphithéâtre était rempli de professeurs, d'élèves et de gens étrangers à la médecine, attirés par la curiosité. Tout étant préparé, la vessie et le rectum vidés, la malade placée dans la position convenable sur la table des opérations, on lui administre le chloroforme. Je pratiquai une incision commençant à la partie inférieure de l'ulcération produite par la portion de tumeur qui faisait hernie et qui, suivant la direction de la ligne blanche, se terminait à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne ; le péritoine mis à nu, je le coupai sur le doigt indicateur servant de conducteur. Dans cette première partie de l'opération, il y eut une petite hémorrhagie qui s'arrêta par la compression exercée par les aides chargés de maintenir fermée la cavité abdominale au moyen de flanelles chaudes et humides. Le kyste découvert, il ne fut point nécessaire de le ponctionner, sa partie liquide se vidant incessamment par l'ouverture ulcéreuse que nous avons dit exister au-dessous de la cicatrice ombilicale ; avec les doigts et le manche du scalpel, on disséqua avec soin les adhérences qui existaient entre la partie qui faisait saillie au dehors et la paroi abdominale, on cautérisa avec le cautère actuel les vaisseaux ouverts qui donnaient un peu de sang, pendant que les aides plaçaient des éponges pour éviter que ce liquide pénètrât dans la cavité péritonéale.

Après qu'on eût achevé cette partie de l'opération qui fut la plus pénible, on exerça des tractions, on détruisit avec soin quelques adhérences sans importance, existant entre le péritoine et la tumeur, et on amena cette dernière au dehors ; les parties solides qui la constituaient se prolongeaient en masses indépendantes jusque dans la fosse iliaque ; c'est pour ce motif qu'il fut impossible d'avoir un pédicule suffisamment

long pour la fixer au moyen d'un clamp à l'extrémité inférieure de l'incision; la nécessité nous obligea, pendant ce temps de l'opération, à recourir à la méthode intra-péritonéale (que nous considérons comme moins avantageuse), par crainte des accidents qu'aurait pu occassionner la traction violente exercée sur le pédicule; on en fit la section avec le cautère actuel, on nettoya parfaitement la cavité du petit bassin, et avant de procéder à la suture on examina de nouveau le pédicule qui ne donnait pas de sang.

On fit trois points de suture profonde comprenant le péritoine; on régularisa les bords de l'ouverture produite par l'ulcération de la paroi abdominale ; malgré l'application de trois autres points de suture, la réunion de la plaie ne fut pas aussi parfaite qu'à la partie inférieure; dans les intervalles des points de suture profonde, on plaça quatre points de suture entortillée; on appliqua le bandage recommandé en ce cas, après avoir badigeonné avec du collodion tout l'espace compris entre les points de suture, dans le double but d'obtenir une occlusion plus complète de la plaie et de prévenir l'inflammation érysipélateuse qui vient quelquefois compliquer cette dangereuse opération.

La plaie fut recouverte de coton cardé et on appliqua un bandage de corps : toute l'opération avait duré moins de deux heures. Prescription : mixture antispasmodique calmante, à prendre par cuillerées toutes les quatre heures.

Le 24, soir. Céphalalgie; anxiété épigastrique; langue sèche; soif; nausées et vomissements de matières jaunâtres qui exaspèrent la douleur abdominale. Pouls à 92, température à 37,5. Prescription : eau albumineuse glacée; continuer la mixture calmante; on évacue l'urine au moyen de la sonde.

Le 25, matin. Nuit très-agitée ; les vomissements et la douleur abdominale continuent; un peu de tympanisme. P. à 100, T. 38,2. Bouillons légers toutes les quatre heures; eau albumineuse glacée; mixture calmante; cathétérisme vésical; urine rare et rouge.

Nuit. L'agitation et la douleur de ventre continuent; tympanisation plus prononcée; les efforts de vomissement sont moins fréquents, subdélire; P. à 110, T. 38,7. Même prescription; on vide la vessie toutes les six ou huit heures.

Le 26, matin. La nuit a été excessivement agitée; la malade a vomi presque tous les liquides ingérés; elle s'est calmée vers le matin; la soif a diminué, la langue est moins rouge et un peu humide. Elle se

plaint moins de la douleur du ventre. P. 94; T. 38,2. Même traitement.

Nuit. La malade a dormi un peu pendant la matinée; elle a uriné spontanément vers midi avec un peu de douleur; elle sent le besoin d'aller à la garde-robe mais elle craint les efforts ; les vomissements ont cessé; l'aspect de la langue est meilleur; soif. P. 86, T. 37,7. On ne change pas la prescription.

Le 27, matin. Nuit assez tranquille; sommeil de quelques heures; langue humide; la soif continue; urines rendues spontanément; expulsion de gaz par le rectum ; douleurs de ventre supportable. P. 86, T. 37,2. On enlève et on renouvelle le pansement; la plaie a bon aspect surtout en bas; en haut, elle sécrète un pus abondant et crémeux; on la nettoye avec soin et on fait des fomentations à l'alcool camphré.

Nuit. La journée a été bonne; la patiente demande un peu plus à manger; la douleur de la plaie l'a gênée pendant les premières heures qui ont suivi le pansement; elle a uriné. P. 88, T. 37,5.

28 Matin. Nuit assez agitée; la douleur du ventre a augmenté, s'accusant pricipalement dans la région hypogastrique; n'a pas uriné ; on vide la vessie au moyen de la sonde. P. 92, T. 37,5. On continue de légers bouillons en y ajoutant une cuillerée de vin ; eau albumineuse; on renouvelle le pansement : le pus est moins crémeux et exhale une odeur repoussante. La plaie a bon aspect, surtout à sa partie inférieure ; la fosse iliaque droite est tuméfiée et ne supporte pas la plus légère pression; on aplique en ce point 18 sangsues.

Nuit. Les sangsues ont produit leur effet; la douleur s'est calmée; la malade n'a pas uriné. P. 96, T. 37,5. On renouvelle le pansement; il sort une grande quantité de pus par la partie supérieure de la plaie.

Le 29. Sommeil de quelques heures pendant la nuit; la douleur de la fosse iliaque est mois intense; langue rouge; soif; pas d'urines. P. 90, T. 37,5. On renouvelle le pansement. On enlève deux points de la suture entortillée; la pression sur la fosse iliaque est mieux supportée ; friction avec pommade mercurielle belladonée toutes les quatre heures ; cathétérisme vesical.

Le 30. Pendant la nuit, garde-robe abondante; la tuméfaction et la sensibilité, dans la fosse iliaque gauche, ont notablement diminué. Pour faciliter l'issue du pus, on enlève un point de suture profonde à la partie supérieure de la plaie qui ne présente pas de tendance à se réunir par première intention. P. 86, T. 37,5. Prescription : bouillon plus léger avec une cuillerée de vin,

Nuit. On renouvelle le pansement; à la partie supérieure de la plaie il s'est fait une hernie intestinale plus volumineuse qu'un œuf de dinde. On réduit et on applique, sur une compresse fine, une pelote de charpie pour forcer l'intestin à rester dans la cavité abdominale; urines rendues spontanément. P. 86, T. 37,5.

Le 31. Langue humide; peu de soif. Ventre dépressible; douleur spontanée et provoquée dans la fosse iliaque, très-supportable; par le toucher vaginal, on arrive sur une tumeur dure, mais pas très-sensible, à la place de l'ovaire gauche; le cul-de-sac gauche est effacé, mais comme on ne perçoit pas de fluctuation, on ne croit pas nécessaire de placer un tube. La partie inférieure de la plaie est cicatrisée; la partie est supérieure couverte de bourgeons charnus; on enlève les autres points de suture superficielle. On renouvelle le pansement en ayant soin de maintenir la hernie réduite; l'ouverture continue à bourgeonner et à se rétrécir; le pus est abondant et de bon aspect. P. 88, T. 37,2. On continue les frictions mercurielles.

Nuit. Rien de particulier.

1er février. Le mieux se soutient. P. 86, T. 37,4; même traitement. Bouillons, potages.

Le 2. Sommeil tranquille pendant la nuit; deux pansements dans les vingt-quatre heures; en proportionnant le volume de la pelote de charpie au diamètre de l'ouverture, la pression est bien supportée sur toute l'étendue du ventre; à l'exploration, on note que la tumeur de la fosse iliaque gauche diminue; il n'y a pas d'indice de suppuration. P. 84, T. 37,2.

Le 3. Le mieux continue, P. 80, T. 37,2

Le 4. État général et local satisfaisants. Pas de garde-robe, Grand lavement émollient. On enlève les points de suture profonde. P. 82, T. 37.

Le 5. Le lavement a produit son effet; un peu de douleur s'est réveillée, dans le ventre et surtout dans l'hypogastre. P. 84, T. 37.

Le 6. La douleur du ventre est calmée; l'esprit de la malade est excellent; la tumeur de la fosse iliaque se réduit; appétit, pas de soif, P. 80. T. 36,8.

Le 7. Le mieux se soutient. Demi-ration. P. 80, T. 36,4.

Le 8. L'ouverture supérieure de la plaie bourgeonne se réduit de jour en jour. Sous l'influence de la toux et de quelques efforts, les intestins viennent faire une saillie qu'on s'efforce de maintenir avec la pelote de charpie. Le ventre est maintenu libre au moyen de lave-

ments, pour éviter les efforts qui pouraient nuire à la cicatrisation de la plaie ulcéreuse ; elle continue à se couvrir de bourgeons charnus et à donner du pus de bonne nature.

La malade continue, sans aucun changement méritant une mention, à marcher vers la guérison, jusqu'au soixante-treizième jour où elle eut sa sortie. A cette date la cicatrice de la plaie ulcéreuse est solide; toutes les fonctions s'accomplissent normalement, et c'est par précaution qu'on recommanda de porter pendant quelque temps une bande de flanelle recouvrant une plaque de plomb placée sur le point correspondant à l'ulcère qui existait sur la paroi abdominale. Il y a bientôt trois mois que j'ai eu des nouvelles de cette malade par un ancien élève qui a été médecin titulaire de la Calahorra et qui remplit actuellement les fonctions de bibliothécaire à la Faculté de médecine : il me dit que la malade n'a pas eu le moindre accident, qu'elle s'est mariée en sortant de l'hôpital, qu'elle a eu deux grossesses qui se sont terminées heureusement; par des nouvelles plus récentes, j'apprends qu'elle continue à se bien porter et qu'elle est enceinte pour la troisième fois.

Examen du kyste (1). Il présente trois masses de forme et de volume différents : la supérieure, qui faisait en partie saillie au dehors, était presque sphérique et du volume d'une grosse orange. Les deux autres parties de forme ovoïde occupaient la partie moyenne et inférieure sans qu'il existât entre elles une véritable séparation. L'enveloppe du kyste est épaisse, lisse à sa surface externe ; sur la face interne, on trouve de nombreuses anfractuosités et dans quelques points une couche osseuse très-mince. Le contenu se compose d'une petite quantité de pus; d'une substance gélatineuse ; de peau avec tous ses caractères; de cheveux en grande abondance et de longueurs différentes; de très-nombreuses dents, la plupart implantées sur des os, quelques-unes libres dans du tissu conjonctif; d'un grand nombre d'os affectant des formes variées et de cartilages, quelques-uns en voie d'ossification.

Les portions de peau, unies intimement à la face interne de la membrane kystique, étaient couvertes, en grande partie, de mèches de cheveux bruns, entremêlés et de longueur différente ; quelques-unes étaient libres et séparées.

---

(1) Il se fit avec l'aide de mon excellent ami le Er D. Ramon Varela de la Iglesia, hystologiste distingué, actuellement professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Santiago.

Quant aux dents, on en a compté plus de cent : incisives, canines, molaires; on y distinguait très-nettement la couronne, le col et la racine, presque toujours enchâssées dans de véritables alvéoles osseuses, informes et entourées d'un tissu assez analogue à celui des gencives des vieillards; il y en avait dans le nombre de consistance gélatineuse qui se laissaient aplatir entre les doigts; d'autres plus dures; d'autres enfin ayant la consistance caractéristique; le col et la racine étaient recouverts d'une membrane semblable au périoste et qui se continuait avec le tissu conjonctif. Le volume et la forme des os variaient beaucoup : quelques-uns étaient adhérents à la face interne du kyste, d'autres enveloppés de tissu conjonctif; l'un d'eux rappelait le frontal, un autre le temporal, mais il n'y avait entre eux aucune relation de dimension, car tandis que le temporal présentait des dimensions correspondant au temporal d'un enfant de 7 à 8 ans, la dimension du pariétal était à peine supérieure à l'ongle d'un adulte. Une partie osseuse qui rappellait le coccyx et quelques vertèbres du sacrum, et qu'on brisa avec la pince, contenait une substance brune, athéromateuse, de consistance sirupeuse; des parties d'os de forme cylindrique étaient unies par une véritable articulation, dont la cavité ouverte laissa écouler une grande quantité de synovie. Les cartilages étaient de formes et de grandeurs diverses, quelques-uns en voie d'ossification. On trouva enfin quelques petits abcès à la face interne de la membrane kystique ; en les ouvrant, on donnait issue à un pus de très-mauvaise odeur (1).

En examinant au microscope les divers éléments de la tumeur, on trouva des corpuscules osseux qui rappelaient ceux de l'embryon, des canalicules de Havers, des corpuscules cartilagineux et des éléments de tissu conjonctif.

Dans quelques préparations, on remarquait que le tissu osseux était produit par transformation du tissu conjonctif; en observant cependant les éléments microscopiques qui appartiennent à chaque tissu, il y avait une ossification analogue à celle qui se rencontre dans quelques os du crâne. Dans d'autres préparations, on voyait les éléments cartilagineux en voie d'ossification et quelques corpuscules dans lesquels se trouvaient déposés des sels calcaires provenant

(1) On conserve dans de l'alcool, au musée anatomique de la Faculté, un échantillon de tous les éléments qui entraient dans la composition de cette tumeur : os, dents, cartilages, cheveux, etc.

d'une ossification qui n'était pas normale et rappelait le mode d'ossification des cartilages chez les enfants rachitiques.

Réflexions. — Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la formation des kystes dermiques, dermoïdes de Lebert, productions fibreuses enkystées de Cruveilhier. Les uns affirment que ces tumeurs sont le résultat des grossesses extra-utérines ; d'autres soutiennent que ce sont des monstruosités par inclusion; quelques-uns les croient toujours congénitales. Lebert enfin pense que ces kystes sont des produits de nouvelle formation, qui peuvent avoir pour siége un organe quelconque de l'économie, qui peuvent se présenter dans les deux sexes et à tout âge, et il explique leur formation par l'hétérotopie plastique.

Nous discuterons très-sommairement les arguments apportés pour ou contre chacune de ces théories.

Un fait indéniable, c'est qu'on observe le plus grand nombre des kystes dermiques chez la femme, que l'ovaire en est le siége presque constant, et qu'on trouve fréquemment dans leur contenu de la peau, des os, des dents, des cheveux, parfois de la matière cérébrale, des cordons nerveux et des fibres musculaires : c'est pour cela qu'on a longtemps considéré ces tumeurs, et que quelques-uns les considèrent encore aujourd'hui comme le résultat d'une grossesse extra-utérine.

Cette théorie fut renversée quand on eut démontré par des faits concluants que ces produits pathologiques pouvaient exister à une époque quelconque de la vie, même pendant la vie intra-utérine ; qu'ils ne sont pas le patrimoine exclusif du sexe féminin et qu'on peut en trouver dans un organe quelconque de l'économie.

Dans un mémoire du Dr Pigné, présenté en 1846 à la Société anatomique, se trouvent rapportés dix-huit cas de kystes dermiques, dont cinq observés chez des enfants de 6 mois à 2 ans et les autres chez des fœtus de 8 à 9 mois.

Baillie trouva dans l'ovaire d'une jeune fille non pubère de 12 ans et dans l'ovaire d'une autre de 18 ans, dont la mem-

brane hymen était intacte, un kyste qui contenait des cheveux et des dents (1).

Ruysch trouva dans l'estomac d'un homme une poignée de cheveux et un corps charnu, avec des os et des cartilages, couvert d'un tissu cutané et de cheveux, garni de dents nombreuses, et adhérent au côté de l'orifice supérieur de l'estomac (2).

D'après Celse, entre la peau et la trachée artère, se développent fréquemment des tumeurs enkystées, que les Grecs appellent bronchoïdes, et qui contiennent une matière semblable à du miel, de l'eau et parfois de petits os mêlés à des cheveux (3).

Morgagni trouva des cheveux dans l'épaisseur de la tente du cerveau et aussi Hoffmann dans un kyste situé au-dessus de l'oreille droite. Dupuytren extirpa un kyste pileux de la paupière supérieure chez un enfant de 3 ans.

Le fait clinique qui motive ces réflexions est une preuve de plus contre la théorie de la grossesse extra-utérine, comme cause des tumeurs dermiques. La malade, quoique pubère, ne présentait aucun signe qui put faire croire qu'elle avait cohabité : les dents étaient excessivement nombreuses; quant aux os, quelques-uns rappelaient le sacrum et le coccyx, quelques autres le temporal et le frontal, mais ces ressemblances n'étaient que très-éloignées, et j'ai déjà dit que tandis que le temporal avait un diamètre de temporal d'enfant de 7 ou 8 ans, le frontal avait l'étendue d'un ongle d'adulte; la plupart des os avaient des formes si capricieuses, que tout effort d'immagination était insuffisant pour trouver la moindre ressemblance avec un des os du squelette humain.

Les antécédents, les signes de la virginité, le simple examen

---

(1) Cruveilhier. *Anat. path.* Trad. du Dr Lucas Tornos. Madrid, 1831. T. II, p. 184.

(2) Cruveilhier. *Id.*

(3) Interdum etiam minutis ossibus pili immixti. Cité par Cruveilhier.

des éléments constituants de la tumeur prouvaient suffisamment qu'il ne s'agissait pas d'une grossesse extra-utérine.

La théorie de l'inclusion compte aussi des partisans : ils s'appuient sur toutes les raisons que nous avons exposées pour renverser la théorie de la conception extra-utérine, surtout le fait de les avoir trouvés chez des fœtus, loin de l'ovaire, et chez des individus du sexe masculin.

Ceux qui soutiennent cette opinion n'ont pas tenu compte de ceci : que s'il s'agissait dans ces cas d'une monstruosité par inclusion, la tumeur serait toujours perceptible depuis l'époque de la naissance ; or il n'en est rien.

Deux théories sérieuses sont en présence pour expliquer la formation des monstres doubles : celle qui attribue leur origine à la *fusion* de deux monstres distincts, et celle de Valentin qui croit à la *segmentation* d'un germe unique.

Si on admet la théorie de la fusion, nous nous trouvons, dit Broca, dans la nécessité d'accepter comme possible la pénétration d'un germe dans un autre, ce qui fait présupposer des différences dans le développement et par conséquent dans le volume : il est naturel d'admettre alors que le plus petit pénètre dans le plus grand, en admettant comme possible qu'un germe dont le développement se trouve moins avancé pénètre dans un autre plus développé et dont la consistance doit être plus grande. Si l'on choisit la théorie de la *segmentation* proposée par Valentin, loin de diminuer, les difficultés augmentent.

On ne peut donc pas davantage accepter l'opinion de ceux qui soutiennent que ces kystes sont *toujours* congénitaux, opinion qui pourrait s'appuyer sur quelques observations de Pigué.

Notre malade disait que jusqu'au huitième mois qui suivit sa frayeur, frayeur qui selon toute probabilité fut cause de sa maladie, elle n'avait pas senti la moindre gêne, ni aucune grosseur dans le point où, à l'âge de 20 ans, elle sentit la tumeur. Ce silence qui dura vingt ans n'est-il pas étrange.

Le flux menstruel s'établit normalement à 15 ans, et jusqu'à la vingtième année, époque de la frayeur éprouvée par elle, elle n'éprouva pas le moindre trouble dans cette fonction ; en re-

vanche la malade raconte que ses douleurs s'exaspéraient aux époques cataméniales, et on peut en déduire que si le kyste en question avait existé dès la naissance, quelque gêne ou douleur se serait revélée, sinon avant, du moins au moment de la puberté.

Il est donc démontré que les kystes dermiques ne sont pas toujours congénitaux ; que s'ils peuvent se présenter dans tout autre organe, l'ovaire en est le siége presque constant et que l'époque où il se développent le plus souvent est la période de la vie sexuelle.

Pour expliquer ces faits, il faut se rappeler que l'ovaire jouit d'une puissance créatrice bien supérieure à celles des autres organes; que cette puissance peut être considérée comme *in posse* pendant les premières année de la vie; puissance *in actu* depuis l'époque de la puberté ; puissance qui va s'affaiblissant jusqu'à l'*époque critique*, de là la rareté de ces kystes pendant la vieillesse (1).

M. Lebert les considère comme des exemples d'*hétérotopie plastique* : on pourrait peut-être dire mieux *hétérologie*, puisque le mot hétérotopie signifie seulement erreur de lieu; dans ces kystes développés depuis l'enfance, où on trouve des dents en très-grand nombre, les unes toutes formées, les autres en voies de formation, il n'y a pas seulement erreur de lieu, mais erreur de temps.

II.— Le diagnostic fait, il était inutile d'attendre l'élimination du kyste par les seuls efforts de la nature : les éléments qui le constituaient faisaient si intimement partie de la surface interne de la membrane kystique, que l'élimination n'eût pu se faire que grâce à une gangrène du pédicule, qu'il eût fallu une ouverture suffisante pour l'expulsion du kyste en totalité, en

(1) Nous ne connaissons aucun kyste de l'ovaire développé dans la vieillesse, les dernières observations de tumeurs de l'ovaire ont été recueillies par M. F. Terrier et M. Pollaillon, les deux malades étaient en pleine période de vie sexuelle, l'une avait 17 ans et l'autre 38, chez l'une on pratiqua l'ovariotomie avec succès. (*Annales de Gynécologie*, 1875, t. III, p. 392. Id. t. IV, p. 442.)

supposant la tumeur complètement libre d'adhérences ; or, même dans ces conditions favorables, le processus indispensable à l'élimination suffit pour établir des adhérences intimes, comme cela existait chez notre malade, et il est fort heureux qu'elles fussent uniquement pariétales, les adhérences viscérales auraient amené une très-grave complication.

Ne voyant d'autres remède que l'ovariotomie nous pratiquâmes cette opération ; notons maintenant quelques-unes des difficultés qui se présentèrent dans ce cas.

La tumeur, je l'ai dit, avait donné lieu à une large brèche ulcéreuse du péritoine et de la paroi abdominale, par laquelle on aurait pu faire passer sans effort une grosse orange. Le travail ulcératif, qui eut pour résultat des adhérences de la tumeur à la paroi ventrale, était commencé et sans doute assez avancé au moment où le médecin de la Calahorra fit une incision; autrement les conséquences auraient été un épanchement de liquide dans la cavité péritonéale, suivi d'une péritonite probablement mortelle.

La première incision faite, en suivant la ligne blanche, il fallut détruire les adhérences qui unissaient la partie saillante de la tumeur avec la paroi du ventre, et ce temps de l'opération fut long et pénible : je les séparai en me servant du doigt et du scalpel de dedans en dehors, pénétrant par l'incision qui partant de la partie inférieure de l'ouverture ulcéreuse se terminait à quelques centimètres au-dessus de la symphyse pubienne.

La tumeur une fois séparée de la paroi, le reste de l'opération fut relativement facile : l'ouverture qui en résulta permit amplement la sortie du kyste, à cause des adhérences avec les organes voisins qui étaient sans importance. La profondeur à laquelle il fut nécessaire de faire la section du pédicule nous obligea à adopter la méthode intra-péritonéale qui est sans doute la moins avantageuse.

Dans les points de suture profonde on comprit le péritoine comme le recommandent Spencer Wells, Courty et d'autres; la réunion fut parfaite dans la partie inférieure de la plaie : mais en haut, où la plaie résultait de l'ulcération de la paroi et était

très-irrégulière, il ne fut pas possible de réunir exactement les bords.

La réunion par première intention fut obtenue dans toute la partie incisée par le bistouri; mais une grande partie de l'ouverture ulcéreuse suppura, comme on devait s'y attendre, et aussitôt qu'on enleva les points de suture profonde pour donner issue au pus il se produisit une grosse hernie intestinale qu'on contint au moyen d'une compression méthodique. La cicatrice se rétrécissant ainsi de jour en jour rendit plus difficile la sortie des anses intestinales, puis la réparation de la paroi par une cicatrice solide empêcha la hernie de se reproduire.

Les points de suture profonde furent enlevés le douzième jour, excepté celui qui correspondait à la partie supérieure qu'on enleva le septième, pour faciliter la sortie du pus et éviter qu'il ne s'épanchât dans la cavité du péritoine.

Le cinquième jour il se forma un phlegmon dans la fosse iliaque gauche, qui heureusement se termina par résolution, grâce à l'application de 18 sangsues et de frictions mercurielles résolutives : en cas de suppuration du phlegmon on aurait donné issue au pus par le cul-de-sac vaginal.

Le résultat fut aussi satisfaisant que possible, puisque avant deux mois révolus la guérison était complète; si la malade resta quelques jours de plus à la clinique, ce fut plus par précaution que par nécessité.

Ce résultat heureux dépend, pour nous, de la vigoureuse santé de la malade, du peu d'adhérences viscérales, du soin avec lequel fut faite *la toilette de la cavité abdominale* et des soins consécutifs.

Que les conditions dans lesquelles se trouvait notre malade aient eu une influence sur le résultat, c'est indubitable. La plupart des ovariotomies se font *in extremis*, quand les forces de la patiente sont épuisées, et c'est là sans doute la cause de ces statistiques chargées d'un si grand nombre de cas malheureux.

Il y eut aussi en notre faveur, dans ce cas, les faibles adhérences entre la tumeur et les viscères abdominaux ; cette cir-

constance eut une influence presque décisive sur le résultat de l'opération comme le démontre la statistique de Kœberlé.

Sur *vingt* ovariotomies sans adhérences, cet habile opérateur eut *dix-sept* guérisons; de *trente-trois* opérées avec des adhérences, *dix-huit* moururent. La gravité cependant est variable suivant que la tumeur est adhérente à la paroi, à l'épiploon, aux intestins, à l'utérus, au mésentère, au foie, au diaphragme, mais ce qui est surtout désirable et se réalise rarement, c'est que la tumeur soit complètement libre.

La réussite fut ainsi en partie due au soin avec lequel la cavité abdominale fut nettoyée et aux soins consécutifs pour lesquels nous nous conformons à ce qui est recommandé par les ovariotomistes les plus expérimentés.

La malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie, sans éprouver la moindre gêne dans la marche et dans les différents mouvements, et sans avoir éprouvé dans les quatre années qui viennent de s'écouler le moindre trouble qui fut le résultat de l'opération. Aux dernières nouvelles reçues il y a huit jours, elle jouissait d'une excellente santé, et après deux accouchements heureux, elle est enceinte pour la troisième fois.

SUR UN CAS DE PELVI-PÉRITONITE TUBERCULEUSE AVEC TUBERCULES DES OVAIRES ET MÉTRITE SUPPURÉE ENKYSTÉE CHEZ UNE PETITE FILLE DE 6 ANS.

Par Ch. Talamon,
Interne des hôpitaux.

Il est généralement admis que la tuberculisation des organes génitaux de la femme avant l'âge de la puberté est un fait exceptionnel. Blache et Guersant prétendaient toutefois que, sans être très-fréquente, la coïncidence des tubercules de l'utérus avec la phthisie pulmonaire était loin d'être aussi rare chez l'enfant que chez l'adulte. « M. Guersant, dit Blache, a eu l'occasion de la rencontrer assez souvent, tant à son hôpital qu'en ville, et j'en ai moi-même communiqué une observation cu-

rieuse à mon ami M. Dance (1). » L'opinion de Guersant a été soutenue par son élève M. Senn, de Genève, qui, dans son mémoire sur les altérations de l'appareil utérin avant la puberté, donne trois cas de tubercules de l'utérus et des ovaires, recueillis à l'hôpital des Enfants, dans le service de son maître (2). On doit opposer à cette manière de voir l'opinion de Rilliet et Barthez. « On a trouvé aussi, disent ces auteurs, des tubercules dans le pancréas, les testicules, les ovaires, la matrice. Nous n'en avons jamais observé dans ces organes, peut-être faute de recherches suffisantes; mais il nous paraît certain que les lésions y sont excessivement rares. Sur une jeune fille, nous avons vu la cavité de la matrice remplie de matière tuberculeuse à demi-ramollie (3). » Barrier dit de même : « Il n'est pas impossible, mais il est rare de rencontrer des tubercules dans quelqu'un des organes génitaux de la petite fille (4). » Enfin M. Brouardel (5) qui, dans sa thèse sur la tuberculisation des organes génitaux de la femme a réuni 56 observations de ce genre de lésions, ne compte sur ce nombre que 9 cas au-dessous de 15 ans; voici la répartition de ces cas suivant les âges, avec le nom des observateurs :

2 mois.	1 cas.	— Lebert.
3 ans et demi.	1	— Namias.
5 ans.	2	— Tonnelé. Senn.
8 ans.	1	— Hérard.
9 ans.	1	— Senn.
12 ans.	1	— Namias.
14 ans.	1	— Kiwish.
15 ans.	1	— Senn.

(1) Blache. *Arch. gén. de méd.*, 1831, t. XXVII, p. 282.

(2) Senn. *Mém. sur l'état tuberculeux des organes génitaux de la femme avant la puberté et sur quelques altérations pathologiques qu'on y rencontre à cette époque*,

(3) Rilliet et Barthez. *Maladies des enfants*, t. II. p. 334.

(4) Barrier. *Traité pratique des maladies de l'enfance*, t. II, p. 219.

(5) Brouardel. *De la tuberculisation des organes génitaux de la femme*, th. Paris, 1865.

A ces 9 cas, il faut en ajouter deux autres, dont l'un a été communiqué à la Société pathologique de Londres par Hutchinson, il s'agissait d'une fille de 15 ans non encore réglée; l'autre a été observé par M. Flechter Beach chez une enfant de 7 ans (1).

En présence d'un nombre de faits aussi restreint, l'assertion de Guersant ne paraît plus soutenable aujourd'hui, et il semble juste de croire que la tuberculisation génitale, rare chez la femme adulte, est encore plus rare chez la petite fille. Des recherches précises sur ce point ne seraient peut-être point cependant à dédaigner; s'il est vrai en effet que l'existence de masses caséeuses et de lésions tuberculeuses avancées dans le parenchyme des ovaires est une exception, il n'est pas absolument rare de rencontrer, chez les petites filles qui meurent de tuberculose généralisée, de fines granulations miliaires, grisâtres, demi-transparentes, grosses comme des têtes d'épingle, disséminées en très-petit nombre à la surface du péritoine pelvien, plus spécialement au niveau de l'ovaire ou de la face antérieure ou postérieure de l'utérus, et cela sans que le reste de la séreuse abdominale présente la moindre apparence de granulation tuberculeuse. Nous avons eu occasion de constater plusieurs fois ce fait dans les autopsies que nous avons pratiquées à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Ce semis discret de tubercules miliaires peut-il devenir l'origine d'accidents locaux plus graves? Peut-il s'étendre à tout le péritoine du petit bassin et s'accompagner d'une inflammation isolée de cette partie de la séreuse, déterminer en un mot une péritonite tuberculeuse pelvienne, comparable à la péritonite tuberculeuse vulgaire, mais restant limitée au voisinage des organes génitaux? C'est là une question à laquelle il est difficile de répondre faute de documents; le fait suivant, que nous avons

(1) Hutchinson. *Transact. of the pathological Society of London*, 1857, t. VIII, p. 269. — Fletcher Beach. *Obstetrical transactions*, 1873, t. XV, p. 57.

observé dans le service de notre maître M. le Dr Triboulet, semble toutefois venir à l'appui de cette manière de voir.

Observation I. — T... (Marie), âgée de 6 ans, entre, le 17 avril 1878, à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Triboulet, avec les symptômes d'une méningite tuberculeuse à la deuxième période. On constatait en même temps les signes d'une induration pulmonaire des deux sommets, matité et expiration soufflante dans les deux fosses sus-épineuses. Aucun phénomène n'attirait l'attention du côté du bas-ventre. L'abdomen était plat, excavé, flasque à la palpation, comme il est de règle dans la méningite tuberculeuse; il était en outre un peu douloureux à la pression, mais à peu près également en quelque point qu'on appuyât. L'enfant était constipée, n'allait que par lavements. Elle n'avait eu que deux vomissements, l'un la veille, l'autre l'avant-veille. Le pouls était lent, à 62 pulsations, avec des irrégularités très-marquées; le thermomètre ne marquait que 37,2 dans le rectum. Il n'y avait en un mot rien dans l'état actuel qui pût faire soupçonner quelque altération du péritoine. Les renseignements fournis par la mère nous apprenaient cependant que l'enfant avait été soignée, quatre mois auparavant, pour une maladie que le médecin avait regardée comme une inflammation de la vessie. Les symptômes qu'elle donnait de cette maladie étaient d'ailleurs très-vagues, — de la fièvre à redoublement vespéral, des douleurs dans le ventre, des alternatives de diarrhée et de constipation, un amaigrissement et un dépérissement progressifs depuis cette époque, toutes choses qui pouvaient être justement rapportées à l'évolution de la tuberculose. Les phénomènes abdominaux avaient dû présenter pourtant quelque chose de spécial, puisqu'ils avaient paru au médecin pouvoir être attribués à une inflammation de la vessie; mais sur ce point les renseignements précis font défaut.

Quoi qu'il en soit, au moment où l'enfant entra dans le service, la lésion méningée attirait seule l'attention et dominait la situation. La méningite évolua d'ailleurs très-rapidement et d'une manière classique. Au bout de six jours, l'enfant fut prise de convulsions généralisées qui durèrent sept à huit heures, et mourut le lendemain matin dans le coma.

Autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort.

Crâne. A l'incision de la dure-mère il s'écoule une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Les veines de la pie-mère sont

gorgées de sang noir. Injection vive, avec suffusions sanguines des méninges vers les parties postérieures des hémisphères cérébraux. Infiltration œdémateuse, opalescente des parties moyennes et antérieures. Prolifération abondante des corpuscules de Pacchioni le long de la grande scissure inter-hémisphérique. La pie-mère n'est pas adhérente et s'enlève facilement sans entraîner de parcelles de substance cérébrale. — A la base, les parties médianes sont saines; il n'y a ni exsudat, ni granulation tuberculeuse visible à l'œil nu au niveau du chiasma, de l'hexagone ou de la protubérance. Sur les parties latérales, au contraire, les lésions sont très-prononcées, se prolongeant un peu vers la face externe des hémisphères. Elles sont au maximum le long des artères cérébrales moyennes, dans les scissures de Sylvius dont les deux lèvres sont réunies par un exsudat purulent, verdâtre, demi-concret, infiltré de granulations grisâtres ou blanchâtres. Exsudat et granulations analogues sur la moitié antérieure du vermis superior. — Les ventricules latéraux sont un peu dilatés, leurs parois ramollies : la substance blanche avoisinante est facilement désagrégée par un filet d'eau.

Thorax. Adhérences celluleuses de la plèvre aux deux sommets. Induration gris noirâtre des parties postérieures des lobes supérieurs; au milieu de cette induration, tubercules miliaires et tubercules caséifiés disséminés ou agglomérés; en un point du lobe droit petite caverne pouvant loger une noisette. Granulations grises, dures, semées dans le reste des deux poumons. Congestion hypostatique des deux bases.

Les ganglions bronchiques sont d'un noir violacé, ramollis, non caséeux.

Le cœur renferme un caillot fibrino-cruorique à droite, cruorique à gauche. Pas de lésion valvulaire.

Abdomen. Foie violacé; deux tubercules jaunes, gros comme des lentilles, à la face convexe.

Rate un peu molle; pas de granulations.

Les reins sont mous, décolorés, la substance corticale est d'une couleur blanc jaunâtre, semée de quelques étoiles veineuses.

La muqueuse gastro-intestinale présente une coloration grisâtre, pâle, sans vascularisation. Mais toutes les plaques de Peyer, sans exception, sont le siége d'ulcérations déchiquetées, irrégulières, de couleur rouge violacé, plus ou moins profondes, les unes occupant toute la plaque, les autres limitées à une moitié ou à un quart de

son étendue. A la face externe de l'intestin, des plaques ovalaires, d'un violet foncé, correspondent à ces ulcérations. On trouve dans le cæcum une seule ulcération, analogue à celles de l'intestin grêle, ayant à peu près la forme et les dimensions d'une amande. La muqueuse du Côlon transverse et descendant offre un piqueté rouge assez abondant.

Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume, d'un rouge violacé, gros comme des haricots, des amandes.

Le péritoine abdominal est sain; on n'y voit en aucun point ni exsudat, ni tubercules; les anses intestinales sont libres. C'est en arrivant seulement au niveau du détroit supérieur qu'on constate l'existence d'adhérences celluleuses qui réunissent une anse du petit intestin à l'S iliaque et à la vessie. Ces adhérences, peu résistantes d'ailleurs, étant dissociées avec le doigt, on tombe sur une poche remplie de matière purulente et formée par le cul-de-sac recto-utérin dilaté. Cette poche est en effet limitée en arrière par le rectum, en avant par la vessie et par l'utérus, latéralement par les parois de l'excavation pelvienne, en haut par l'S iliaque et l'anse intestinale formant couvercle. Le péritoine sur tous ces organes est fortement épaissi, de coloration noirâtre, tapissé d'exsudats épais de consistance et d'apparence caséeuse. Le contenu de la poche est un liquide purulent, épais, en quantité assez notable, deux cuillerées à bouche à peu près.

Il n'existe aucune perforation, soit de l'anse intestinale adhérente à la partie supérieure, soit de l'S iliaque ou du rectum, qui puisse expliquer cette péritonite limitée. C'est donc du côté des organes génitaux qu'il faut en chercher la cause.

L'appareil utéro-ovarien présente en effet des lésions remarquables. Disons tout d'abord que la vessie est absolument saine, et ne contient qu'une certaine quantité d'urine citrine. L'*utérus*, triplé ou quadruplé de volume, fait saillie dans le petit bassin sous forme d'une poche arrondie, fluctuante, à parois minces, du volume d'une grosse noix. L'orifice cervical est oblitéré, car en pressant sur les parois de la poche on ne fait point écouler le liquide qu'elle renferme. L'utérus incisé, on constate que cette poche est formée par la cavité dilatée, non-seulement du corps, mais de la majeure partie du col utérin, qui n'est plus représenté que par un petit tubercule, épais à peine de 2 à 3 millimètres. Le contenu est un liquide d'un vert-clair, fluide, visqueux, semblable à du muco-pus; il n'y a pas de matière caséeuse

sur les parois de l'utérus. La muqueuse est d'un gris pâle, et ne présente ni ulcération, ni apparence de granulation, tuberculeuse ou autre, à l'œil nu.

Les *trompes* sont oblitérées.

Les deux *ovaires* sont entourés d'exsudats caséeux épais. Ces exsudats enlevés, ils apparaissent indurés, bosselés, gros comme les ovaires d'une jeune fille adulte; à la coupe, ils sont entièrement transformés en matière caséeuse jaunâtre.

Nous devons la note suivante à l'obligeance de notre ami et collègue A. Doléris, qui a bien voulu se charger de faire l'examen microscopique.

« La surface externe des ovaires présente trois petits nodules miliaires, dont un pédiculé, constitués par du tissu conjonctif sans caractéristique. A la coupe, noyaux caséeux caractérisés par un processus tuberculeux avancé; en plusieurs points, cavités kystiques arrondies, à parois conjonctives, remplies de matière colloïde.

« La partie des trompes connexe à l'ovaire présente une dégénération tuberculeuse de la muqueuse sur une longueur de 4 à 5 millimètres; elle est épaissie par une infiltration embryonnaire de toutes les tuniques; tandis que la portion voisine de l'utérus a conservé sa structure normale, sauf un degré de congestion assez marqué.

« L'utérus est sain; on doit cependant signaler vers le col un épaississement notable des parois vasculaires.

« Les fausses membranes qui recouvrent le péritoine pelvien sont constituées par des néo-formations tuberculeuses caséifiées. »

Il s'agit donc bien, comme on le voit, d'une péritonite chronique suppurée, présentant les caractères de la péritonite tuberculeuse ordinaire, mais limitée au cul-de-sac recto-utérin et en rapport avec une tuberculisation de l'appareil génital. La péritonite suppurée circonscrite existe chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte. Elle a été signalée à la partie supérieure de l'abdomen, soit à la face convexe, soit à la face concave du foie, par Rilliet et Barthez, comme conséquence de l'ulcération de la vésicule biliaire, par Habershon, à la suite d'abcès du foie onsécutif à la scarlatine. West et d'autres auteurs en ont rap-

porté des observations par perforation de l'appendice cæcal. Le professeur Albers, de Bonn, a publié, en 1862, deux cas de péritonite circonscrite essentielle, avec ouverture à l'ombilic du foyer purulent. Ce sont des faits de ce genre qui font le sujet de la thèse de M. Gauderon (1). Mais nulle part on ne trouve signalée la péritonite circonscrite du petit bassin. Peut-être une des observations de Rilliet et Barthez se rapporte-t-elle à cette variété ; mais le fait sort déjà du cadre des maladies de l'enfance, puisqu'il s'agit d'une jeune fille de 15 à 16 ans. Voici cependant le résumé de ce cas, fort instructif d'ailleurs.

Cette jeune fille, à la suite de quelques prodromes, fut atteinte d'accidents entéro-péritonéaux, — vives coliques, vomissements, alternatives de constipation et de diarrhée, tuméfaction du ventre, fièvre variable. Cet état aigu devient subaigu, puis chronique. Au bout de deux mois, la malade était dans un état de marasme très-avancé ; l'abdomen était tendu, résistant, ovalaire, douloureux à la pression généralement et spontanément par intervalles. Coliques très-vives intermittentes; constipation. Tout semblait indiquer une phthisie péritonéale. Pendant un mois, les symptômes allèrent en s'aggravant. Mais on commença à sentir dans le bas-ventre, au niveau de la région hypogastrique, une tumeur comme serait une coque dure remplie de liquide ; cette tumeur s'accrut rapidement et finit par s'étendre dans toute la zone du ventre qui va d'une épine iliaque à l'autre. Il ne pouvait plus y avoir de doute, il s'était formé une vaste collection purulente. Cette collection finit par se faire jour dans le rectum, et, après plusieurs semaines d'une convalescence difficile la jeune fille recouvra une excellente santé (2).

Les caractères de la tuberculisation de l'appareil utérin ne

---

(1) Gauderon. *De la péritonite idiopathique aigue des enfants; de sa terminaison par suppuration et par évacuation du pus à travers l'ombilic*, th. Paris, 1876.

(2) Rilliet et Barthez. *Mal. des enfants*, t. III, p. 793.

paraissent pas sensiblement différer chez la femme et chez la petite fille. C'est ce qui ressort des détails de notre observation aussi bien que de l'examen des onze autres faits que nous avons pu recueillir dans les auteurs. Voici en quelques mots les lésions observées à l'autopsie dans ces différents cas.

Observation II (Senn.). — Fille de 5 ans, morte de pneumonie tuberculeuse avec entérite chronique et carreau.

« Je trouvai, dit Senn, l'utérus triplé de volume, les trompes de la grosseur d'une plume ordinaire et très-flexueuses, et les cavités de ces organes remplies par une matière jaunâtre, homogène, friable, tout à fait semblable en apparence à celle qui existait dans les ganglions bronchiques et mésentériques tuberculeux et en partie ramollis. En examinant les parois des trompes, je reconnus qu'elles étaient épaissies et comme infiltrées de la même matière ; que la muqueuse qui les tapisse, ainsi que celle de l'utérus, présentaient des rides très-saillantes, rougeâtres, fort injectées, et qu'elles se détachaient plus facilement que dans l'état normal. Enfin les ovaires qui, à l'extérieur, paraissaient sains, contenaient dans leur intérieur une matière analogue à la précédente. »

Observation III. — Enfant de 9 ans, tuberculeuse. L'utérus était distendu par une grande quantité de matière blanchâtre, moins consistante que dans le cas précédent, et analogue à de la bouillie. La muqueuse avait d'ailleurs les mêmes caractères ; mais les trompes et les ovaires étaient sains.

Observation IV. — Jeune fille de 15 ans, non réglée, morte phthisique. La moitié supérieure des trompes était seule distendue par une matière jaunâtre qui ressemblait à du pus concret. En ce point ces organes avaient le volume d'une plume d'oie et offraient des flexuosités bien plus prononcées que dans l'état normal. Leurs parois épaissies présentaient intérieurement une muqueuse ridée et rougeâtre, comme dans les deux autres observations. Quant à l'utérus, il avait 14 à 15 lignes en largeur : la muqueuse, rugueuse et fort injectée, était semée de petites granulations jaunâtres et adhérentes (1).

(1) Senn. *Loc. cit.* et *Arch. méd.*, 1831, t. XXVII, p. 282.

OBSERVATION V. — Fille de 5 ans, morte de méningite tuberculeuse. Les ovaires étaient plus volumineux que dans l'état normal; ils contenaient chacun plusieurs tubercules, les uns à l'état de crudité, les autres à demi-ramollis; l'ovaire gauche avait contracté des adhérences avec le rectum, dans l'intérieur duquel il s'ouvrait par un orifice à bords irréguliers, de la largeur d'une pièce de 50 centimes. L'état de l'utérus n'est pas noté (1).

OBSERVATION VI. — Lebert dit avoir trouvé des tubercules dans l'utérus d'une petite fille de deux mois; mais il ne donne aucun détail ni sur les caractères de ces tubercules, ni sur les modifications qu'avait pu subir l'utérus, ni sur l'état des autres parties de l'appareil génital (2).

OBSERVATION VII. — A l'autopsie d'une jeune fille scrofuleuse, âgée de 8 ans, morte dans le service de M. Guersant fils, à l'hôpital des Enfants, des suites d'une amputation de cuisse, on trouva la cavité utérine et celle des trompes entièrement remplies d'une matière jaunâtre, ayant les caractères incontestables du tubercule. La cavité du col utérin n'en contenait pas. Il y avait des tubercules dans les poumons et dans les ganglions bronchiques (3).

OBSERVATION VIII. — Chez une jeune scrofuleuse de 12 ans, M. Namias a trouvé l'ovaire gros comme un œuf de pigeon ordinaire, contenant de la matière tuberculeuse. L'état de la matrice n'était pas moins remarquable. Les parois avaient à peine l'épaisseur d'une ligne; la matière que renfermait l'utérus dans sa cavité le rendait égal à une poire de médiocre volume. Des tubercules crus et ramollis existaient dans les poumons, les glandes bronchiques et mésentériques (4).

---

(1) Tonnelé. *Observ. et réflexions sur les principaux cas de tubercules observés à l'hôpital des Enfants pendant les années* 1827 *et* 1828. *Journ. hebd. de méd.*, 1829, t. V, p. 149.

(2) Lebert. *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, 1839, p. 681.

(3) Hérard. *Bull. de la Soc. anat.*, 1846, p. 365.

(4) Namias. *Sulla tubercolosi dell' utero e degli organi ad esso attinenti*, Venise, 1861.

OBSERVATION IX. — M. Namias, dans le même travail, parle encore, mais sans détails, de l'autopsie d'une petite fille de 3 ans et demi, où il a trouvé des tubercules des organes génitaux.

OBSERVATION X. — Même absence de détails pour le cas de Kiwish observé chez une jeune fille de 14 ans.

OBSERVATION XI. — Fille de 15 ans, morte après une maladie prolongée, sans avoir été réglée et sans avoir présenté aucun symptôme utérin. A l'autopsie, tubercules miliaires dans les poumons, la plèvre, etc. L'utérus était distendu en une cavité qui contenait environ deux drachmes d'un liquide ressemblant à du pus mal formé, glaireux et visqueux. Examiné au microscope, « ce liquide présentait les éléments du tubercule dégénéré mêlé à du pus et à du mucus. Cellules en majeure partie rétractées et déformées ; quantité de globules huileux et de matière granuleuse. » La muqueuse utérine était pâle ; le col était sain. Dans la trompe gauche, trois ou quatre petits amas de tubercules crus, de la grosseur d'un grain de plomb à celle d'un pois. Il n'y avait pas d'ulcération de la muqueuse, ni de dépôt tuberculeux dans le parenchyme de l'utérus. Il n'est pas question de l'état des ovaires (1).

OBSERVATION XII. — « M. Fletcher Beach montre un utérus et les ovaires d'une enfant âgée de 7 ans, morte de méningite tuberculeuse à l'hôpital des Enfants malades. Ces organes étaient infiltrés de matière caséeuse. L'ovaire droit était adhérent à l'appendice vermiforme, le gauche à une anse du petit intestin (2).

De ces douze observations, il faut tout de suite éliminer la neuvième et la dixième où les détails font complètement défaut. Restent donc dix observations en comptant la nôtre. Dans ces dix cas les lésions étaient ainsi réparties :

Ovaires.	5 cas.
Trompes.	5 cas.
Utérus.	9 cas.

(1) Hutchinson. *Large deposit of softening tubercle in the interior of the uterus*, Path. Soc. of London, 1857, p. 269.

(2) Fletcher Beach. *Obstetrical transactions*, 1873, p. 57.

Les lésions des ovaires étaient les mêmes dans les cinq cas; ils étaient infiltrés de tubercules à demi-ramollis et plus ou moins complètement transformés en matière caséeuse.

Les trompes étaient dilatées, décrivaient des flexuosités beaucoup plus prononcées que dans l'état normal; leur cavité était remplie de matière jaunâtre caséeuse; dans un cas seulement on a trouvé de petits amas de tubercule à l'état de crudité, de la grosseur d'un grain de plomb à celle d'un pois. Dans notre observation, la partie voisine de l'ovaire était seule tuberculisée.

De toutes les parties de l'appareil génital, l'utérus paraît le plus constamment altéré; sur dix cas, il est en effet atteint neuf fois. Mais la nature tuberculeuse de ces altérations n'est pas évidente pour tous les cas. C'est ainsi que nous ne voyons spécifiée que dans une observation, la troisième de M. Senn, l'existence de petites granulations jaunâtres, adhérentes à la surface de la muqueuse. Lebert dit aussi avoir trouvé des tubercules dans l'utérus d'une petite fille de 2 mois, mais il ne décrit pas l'aspect de ces tubercules. Dans toutes les autres observations, il n'est question que de la distension de l'utérus par une matière d'apparence variable. Dans les observations II, III, VI et XII, cette matière était jaunâtre ou blanchâtre, de consistance plus ou moins épaisse, analogue à de la bouillie ou à la substance jaunâtre friable qui existe dans les ganglions tuberculeux. Dans l'observation XI et dans la nôtre, c'était une matière fluide visqueuse semblable à du pus mal formé. Dans l'observation VII, on n'a pas noté les caractères du contenu de l'utérus.

S'agit-il bien dans ces faits de produits tuberculeux? C'est ce qu'il est difficile de déterminer d'après la seule description macroscopique donnée par les auteurs. — « Nous avons vu plusieurs fois, dit Lebert, qu'on se faisait illusion en prenant pour un dépôt tuberculeux la matière jaune concrète que l'on rencontre quelquefois dans la cavité de l'utérus ou sur des ulcères du col (1). » M. le professeur Courty regarde également comme

---

(1) Lebert. *Loc. cit.*, p. 681.

très-difficile de reconnaître la nature vraiment tuberculeuse d'un pareil produit. D'autre part, M. Brouardel donne à cette matière le nom de produit *phymatoïde* et de *tubercule en nappe*. Cette dénomination pourrait s'appliquer au contenu de l'utérus, tel qu'il est décrit dans les observations II, III, VI et XII. Mais elle ne saurait convenir au liquide visqueux et fluide indiqué dans l'observation XI et dans la nôtre. M. Hutchinson dit, il est vrai, avoir trouvé au microscope dans ce liquide « les éléments du tubercule dégénéré mêlés à du pus et à du mucus. » Pour nous, nous n'avons pu y voir que des leucocytes en abondance et des cellules épithéliales déformées, et le microscope a montré qu'il n'existait pas de tubercule dans la muqueuse utérine. Il ne s'agit donc vraisemblablement, au moins dans notre cas, que de produits de sécrétion muco-purulente retenus dans la cavité utérine après oblitération du col.

Quoi qu'il en soit, l'existence pour ainsi dire constante de lésions de l'utérus dans la tuberculisation de l'appareil génital des petites filles, — que ces lésions soient réellement tuberculeuses ou simplement le résultat d'une inflammation concomitante, — est le fait à dégager de ces quelques observations. La leucorrhée des petites filles est en général attribuée à une vulvo-vaginite. Guersant a cité pourtant quelques exemples de leucorrhée utérine chez l'enfant (1). Chez les enfants scrofulo-tuberculeuses, la leucorrhée ne serait-elle pas plus souvent qu'on ne croit en rapport avec un état morbide de la muqueuse utérine?

---

(1) Guersant. *De la leucorrhée chez les petites filles*, leçons sur la chirurgie des enfants, 1865.

REVUE DE LA PRESSE

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES TUMEURS RÉTRO-UTÉRINES

Par le Dr Robert Barnes.
Professeur à l'Ecole de médecine de St-Thomas hospital.

Traduction de l'anglais par le Dr A. LUTAUD.

(Suite) (1).

CINQUIÈME GROUPE

Abcès rétro-utérins ou péri-utérins.

OBS. XI. — *Abcès rétro-utérin consécutif à un accouchement.*

Au mois d'avril 1874, j'ai vu Mme C... en consultation avec le Dr Hilliard. Elle avait été confinée pendant deux mois pour un accouchement puis pour une rétroversion de l'utérus qui fut traitée avec succès. Il y a trois jours, le Dr Hilliard constata la présence d'une tumeur qui s'était rapidement développée et qui remplissait le bassin. On crut un instant à l'existence d'un kyste ovarien.

C'est à ce moment que j'ai vu la malade. Je trouvai une énorme tumeur qui remplissait la concavité sacrée et poussait l'utérus en avant. La tumeur avait un volume considérable et s'avançait jusque vers le périnée et la vulve. Elle était fluctuante. On ne découvrait le col qu'avec difficulté à cause de la compression exercée sur le vagin. Une ponction pratiquée avec le trocart aspirateur par le vagin donna issue à deux litres d'un pus extrêmement fétide. La malade éprouva un grand soulagement à la suite de cette opération ; le pouls et la tem-

(1) Voir *Annales de gynécologie*, mars et avril 1878.

pérature tombèrent et la malade sembla entrer en convalescence. Au bout d'une semaine elle eut de nouveaux frissons, la température s'éleva à 40° et l'examen révéla une seconde accumulation de pus. Une seconde ponction pratiquée par le Dr Hilliard donna encore issue à 2 litres de liquide et les symptômes généraux disparurent.

J'ai revu la malade le 30 octobre. Les frissons ont reparu ainsi que l'élévation du pouls et de la température. Il existe un gonflement à gauche, au-dessus de la symphyse pubienne et qui occupe toute la fosse iliaque gauche. Par le toucher vaginal on découvre derrière l'utérus une tumeur volumineuse, élastique, qui s'avance jusque vers la vulve et le périnée. Je pratique une ponction qui me donne environ 500 grammes d'un pus fétide. Amélioration et cessation des symptômes généraux.

Au mois de novembre 1876 le Dr Hilliard m'a envoyé la note suivante : « J'ai encore retiré plus de 4 litres de pus ; après chaque évacuation, j'ai lavé la cavité de l'abcès avec une solution d'acide phénique. La malade est très-améliorée ; elle a quitté le pays depuis six mois étant enceinte et paraissant dans de bonnes conditions. »

Il est possible que, dans ce cas le point de départ des accidents ait été un kyste dermoïde enflammé sous l'influence de l'accouchement. L'inflammation et la suppuration peuvent également reconnaître pour cause une lésion du col de l'utérus ou des tissus péri-utérins. Le cas s'étant terminé par la guérison, il est probable qu'on avait affaire à un simple phlegmon péri-utérin. Les abcès pelviens ne sont pas rares à la suite de la cellulite, ou de la péritonite, mais il est tout à fait exceptionnel de rencontrer une accumulation de pus aussi considérable, surtout derrière l'utérus.

La péritonite partielle est assez fréquente à la suite de l'accouchement ou de l'avortement. J'ai rencontré un grand nombre de cas dans lesquels il existait derrière l'utérus une tumeur dont le volume variait de la grosseur d'une petite orange à celle d'une tête de fœtus. Lorsque la tumeur est petite, elle occupe plutôt le côté gauche et descend jusqu'au niveau de l'orifice externe du col; lorsqu'elle est volumineuse, elle s'élève au-dessus du détroit supérieur du bassin. Ces faits ont été observés par

Bernutz et Goupil qui ont été les premiers à démontrer que l'affection désignée sous le nom de cellulite pelvienne était toujours accompagnée de péritonite. Mes observations ajoutent plus de précision à l'histoire de ces phlegmons circonscrits en montrant que leur véritable siége est la partie gauche du sac rétro-ovarien et non pas le ligament large droit.

Il résulte de ces considérations un point pratique d'une certaine importance, c'est que, en ouvrant les abcès, le trocart ou le bistouri doit être plongé à gauche du col utérin et non par derrière, afin de bien pénétrer dans le centre du foyer inflammatoire.

Obs. XII. — *Phlegmon rétro-utérin et péri-utérin. Abcès.*

Mme J. W... m'est adressée par le Dr Drew, d'Egham au mois de décembre 1878. Elle est âgée de 36 ans, a eu deux enfants le dernier il y a quinze ans. La menstruation est régulière et non douloureuse; depuis quatorze ans qu'elle est veuve, la malade a eu fréquemment de la leucorrhée. Pendant le courant de l'année dernière elle a eu de la dysurie; l'urine était trouble; l'intestin fonctionnait régulièrement, mais la malade éprouvait de la flatulence. Le premier symptôme qui appela vraiment l'attention, fut une douleur abdominale qui survint subitement et redoubla surtout d'intensité pendant les deux derniers mois.

A l'examen, on constate la présence d'une masse volumineuse et élastique qui porte le corps de l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne; le col lui-même est fortement appliqué contre la symphyse. On sent très-distinctement la tumeur par le toucher rectal.

La malade est admise à l'hôpital Saint-Georges au mois de janvier 1876. Quinze jours avant son admission le Dr Drew avait retiré une certaine quantité de pus de la tumeur en la ponctionnant par le vagin à l'aide d'un trocart aspirateur. L'utérus était dans la même position. Une masse volumineuse fait saillir la paroi vaginale postérieure au-dessous du col utérin. A l'extérieur on sent une tumeur solide entre l'ombilic et le pubis et qui occupe une partie de la fosse iliaque droite; la fosse iliaque gauche est libre.

Le 25 janvier, on fait pénétrer un trocart très-fin dans la tumeur

par le vagin, mais l'on n'obtient que quelques gouttes de pus mélangé de sang.

Le 4 février, la tumeur semble contractée et réduite de volume dans toutes ses dimensions; le 11, le col de l'utérus est à peu près au centre du bassin et le corps n'est plus pressé contre la symphyse. La malade quitte l'hôpital très-améliorée le 5 avril.

Elle y rentre le 22 novembre se plaignant d'une douleur constante dans la région hypogastrique. Il y a de la constipation mais pas d'écoulement vaginal. Le col de l'utérus est rapproché de la symphyse pubienne; l'hystéromètre pénètre à la profondeur normale et montre que le corps de l'organe est situé au-dessus de la symphyse. On sent derrière l'utérus une masse volumineuse qui descend jusqu'au niveau du col et qui proémine un peu à gauche.

La malade éprouve une grande amélioration après une semaine de repos, mais au bout de ce temps il y eut une nouvelle poussée inflammatoire. La tumeur est toujours aussi volumineuse; il y a un peu de leucorrhée.

Le 8 janvier 1871, la malade est très-améliorée; le dépôt péri-utérin a presque disparu; il est possible qu'il se reforme à la suite d'une autre cause inflammatoire.

On peut supposer qu'il existait dans ce cas une affection d'un des ovaires autour duquel se formaient des dépôts inflammatoires.

Obs. XIII. — *Tumeur rétro-utérine de nature incertaine.*

M. S..., âgée de 33 ans, mariée, sans enfant admise à l'hôpital St-Georges le 5 janvier 1876. Il y a deux mois qu'elle éprouve des douleurs très-vives dans la région abdominale. Au moment de l'admission, on constate en effet une grande sensibilité de l'abdomen qui disparut après quelques jours de repos. Par le palper hypogastrique on découvre une tumeur dure, arrondie et qui s'étend du pubis jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le toucher vaginal montre que la vessie est comprimée par la tumeur et que le col utérin est fortement appliqué contre la symphyse pubienne. On sent derrière le col une masse volumineuse qui projette en avant la paroi

vaginale postérieure et remplit la concavité sacrée. Cette tumeur est dure et donne la sensation d'un os; le trocart y pénètre difficilement et ne donne issue qu'à quelques gouttes de pus.

Sur sa demande la malade quitte l'hôpital.

Le 8 juin, elle se présente de nouveau à la consultation.

L'utérus est dans la même position et la tumeur présente toujours les mêmes caractères. Comme aucun symptôme ne commandait une intervention urgente, la malade est renvoyée dans sa famille. On ne l'a pas revue depuis.

Dans ce cas le diagnostic est resté obscur. Il est en effet impossible de décider s'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, d'un kyste dermoïde, d'un dépôt inflammatoire se rattachant aux ovaires, d'un corps fibreux ou de toute autre production morbide. J'ai rapporté cette observation afin de bien montrer les difficultés qui entourent le diagnostic des tumeurs rétro-utérines. On pourra la rapprocher de l'observation XXIII, dans laquelle des fibroïdes utérins étaient compliqués de grossesse. La longue persistance de la maladie éloigne l'idée d'une hématocèle ou d'un simple dépôt inflammatoire et fait supposer l'existence d'une affection des ovaires.

Obs. XIV. — *Abcès rétro-utérin probablement consécutif à une hématocèle.*

J'ai vu Mme F... le 15 décembre 1875 en consultation avec le Dr Baker. La malade a depuis longtemps observé une augmentation de volume du ventre. Au mois de mai de la même année elle avait eu une attaque de péritonite dont il est impossible de bien connaître l'histoire. Depuis quelque temps il y a du sang dans les selles et un peu d'incontinence d'urine. Il n'y a pas de fièvre très-prononcée.

On découvre par le palper abdominal une tumeur médiane s'étendant également à droite et à gauche et s'élevant jusqu'à deux pouces au-dessous de l'ombilic. Le col de l'utérus est abaissé et appliqué contre la symphyse pubienne. Derrière le col se trouve une masse volumineuse qui occupe la concavité sacrée et s'étend de chaque côté du bassin auquel elle semble fixée.

On diagnostiqua une hématocèle et on attendit le ramollissement de la tumeur et l'établissement de la fièvre de suppuration pour pratiquer la ponction. Quelques jours plus tard j'ai appris par le Dr Baker qu'une grande évacuation de pus avait eu lieu spontanément et que la malade en avait été très-soulagée.

Les observations XIV et XVI pourraient probablement être placées dans le groupe III. Il arrive souvent que le processus suppuratif s'établit dans l'hématocèle avant qu'on ait observé aucun symptôme inflammatoire.

Obs. XV. — *Abcès pelvien.*

E. C..., domestique, est admise à l'hôpital St-Georges le 4 août 1875. A toujours eu une bonne santé. Il y a un an qu'elle se plaint d'une sensation de pesanteur dans la région abdominale, accompagnée d'un écoulement leucorrhéique. L'utérus est porté en avant de telle sorte que le fond de l'organe vient s'appliquer au-dessus de la symphyse pubienne. On sent derrière l'utérus une masse volumineuse et fluctuante. Le 31 août, cette tumeur semble plus dure et augmentée de volume. La ponction est pratiquée par le rectum le 7 septembre avec un trocart aspirateur. La tumeur s'affaisse et l'utérus reprend à peu près sa position normale. Le 10 septembre, la malade accuse une douleur dans la fosse iliaque gauche; elle a des vomissements et des frissons; la température s'élève à 38,°5. Le 15, les vomissements cessent; les règles apparaissent et il existe un léger écoulement par le rectum.

Le 20, la douleur persiste. On sent derrière l'utérus une masse volumineuse qui pousse l'organe en avant.

Le 24, on observe un écoulement purulent par le vagin et la douleur diminue. La malade perd ses forces et maigrit. Le 24 octobre, on pratique une seconde ponction par le rectum qui donne issue à environ 100 grammes de pus. Une troisième aspiration pratiquée le 9 novembre donne 50 grammes de pus. Depuis cette époque un écoulement purulent persiste par le rectum; la malade est cependant très-améliorée et peut être envoyée en janvier 1876 dans un hôpital de convalescents.

Il est probable que dans ce cas, la cause de l'abcès était une inflammation de l'ovaire gauche survenue à la suite d'un refroidissement pendant l'époque menstruelle.

Obs. XVI. — *Tumeur rétro-utérine. Abcès pelvien.*

S. S., âgée de 40 ans, est admise à l'hôpital St-Georges le 12 octobre 1875. Elle est mariée, a eu un enfant il y a dix-neuf ans et deux fausses couches, la dernière il y a treize ans. Depuis sa dernière fausse couche la malade a éprouvé des douleurs abdominales et lombaires. La menstruation est régulière mais peu abondante. Il y a quatre ans elle a été admise à l'hôpital de Weymouth « pour une tumeur qui siégeait entre l'utérus et le rectum et dont le contenu fut vidé par une ponction. » C'est en ces propres termes qu'elle décrit le résultat de son séjour à l'hôpital de Weymouth.

A l'examen, nous trouvons l'utérus un peu en avant et à gauche ; on sent une masse entre l'utérus et le rectum et qui emplit la cavité sacrée.

L'intervention chirurgicale fut ajournée parce qu'elle ne paraissait pas urgente et parce que la salle devait être évacuée pour être nettoyée. Je n'ai pas revu la malade.

Obs. XVII. — *Induration rétro et péri-utérine (hématocèle ?) et abcès*

J'ai vu Mme K... en consultation avec le Dr Kesteven en novembre 1873. Elle était très-émaciée, avait des vomissements et de l'obstruction intestinale. Le palper abdominal révèle la présence d'une masse très-dure occupant les deux fosses iliaques. Par le toucher vaginal on découvre également une tumeur qui occupe la partie postérieure et les côtés du col. Quelques semaines plus tard la tumeur sembla s'abaisser et diminuer de volume.

Examinée pendant le sommeil chloroformique la tumeur est moins volumineuse, on peut lui imprimer des mouvements dans sa totalité.

24 janvier. La malade perd par le rectum des caillots sanguins noirâtres. Ce symptôme persiste jusqu'au 27, époque à laquellep je pratiquai une ponction avec un bistouri à lame fine. J'obtins quelques onces de sang et la tumeur diminua sensiblement de volume.

On diagnostiqua une hématocèle du ligament large gauche compliquée de péritonite et de cellulite pelvienne. Après l'opération la malade eut des frissons violents et une élévation prononcée de la température; ces symptômes aigus firent place à une grande prostration et la fièvre hectique s'établit.

La tumeur rétro-utérine s'étant reproduite on pratiqua une seconde ponction qui donna issue à une petite quantité de pus. Une notable amélioration survint alors et la tumeur diminua d'une façon sensible. La convalescence fut cependant très-longue; j'ai appris par le Dr Kesteven au mois de novembre 1874 que la malade allait bien et que la tumeur avait à peu près le volume d'une noix.

Ces deux cas présentent ceci de particulier, c'est qu'on ne peut faire entrer dans leur étiologie ni la grossesse, ni même les relations sexuelles.

OBS. XVIII. — *Dépôt inflammatoire rétro-utérin.*

Mme S..., âgée de 40 ans, vint me consulter au mois de décembre 1875. Elle éprouve des douleurs dans la région pelvienne depuis plus de onze ans. Elle a eu de la ménorrhagie et de la dysménorrhée. Elle se plaint actuellement d'une douleur vive ayant son siége dans la région iliaque droite. L'état général est mauvais, le pouls est faible; la malade est émaciée. Rien du côté de l'intestin et de la vessie.

L'utérus occupe à peu près le centre de la cavité pelvienne; il est légèrement porté à gauche. Il est fixé à droite et en arrière par un dépôt inflammatoire qui occupe le ligament large droit. Par le toucher rectal on constate que le ligament est épaissi, dur et adhère à la paroi pelvienne du côté droit.

Quelle a été la cause de cette inflammation ? Est-ce un kyste ovarien, une tumeur maligne de l'ovaire, une oophorite ou toute autre altération de structure du ligament large?

On doit éloigner l'idée d'une affection maligne parce que les tumeurs de cette nature débutent rarement dans l'ovaire ou les ligaments larges et que l'utérus paraissait intact.

Il est également fort rare de voir un kyste ovarien détermine

à son début des symptômes inflammatoires. Il est donc probable qu'il s'agissait d'une oophorite ou d'un épanchement sanguin dans le tissu connectif du ligament large.

J'ai revu cette malade six mois plus tard et son état paraissait le même.

Obs. XIX. — *Gonflement rétro-utérin produit par une affection maligne.*

Le 8 février 1875, je vois Mlle X..., âgée de 32 ans, en consultation avec les Drs Risdon Bennett et Berry. La malade n'est plus réglée depuis deux ans; il y a environ dix semaines qu'elle a eu une hémorrhagie vaginale, d'abord peu considérable et qui a augmenté graduellement jusqu'à la fin de décembre 1874. Il y a eu depuis cette époque de la constipation et des vomissements, mais pas de douleurs.

A l'examen on trouve le col virginal, l'utérus antéversé et légèrement augmenté de volume. L'organe est immobilisé par un gonflement situé à droite du col dans la direction du ligament large. On sent encore plus facilement la présence de la tumeur par le toucher rectal et l'on constate qu'elle s'étend derrière l'utérus. La malade ne peut pas se coucher sur le côté gauche.

Quelle est la cause de la constipation ? Probablement une paralysie de la portion inférieure de l'intestin due à une adhérence avec le ligament large enflammé et hypertrophié. On peut supposer qu'il existe un épanchement sanguin dans le ligament large. On pensa alors à pratiquer une ponction, mais cette opération fut ajournée.

17 novembre. L'état général est meilleur, mais la malade a perdu de l'embonpoint. On découvre par le palper abdominal et le toucher rectal une tumeur tendue et volumineuse, contenant du liquide. L'utérus est dévié à gauche. Le diagnostic ne peut être établi avec précision. S'agissait-il d'une tumeur kystique de l'ovaire gauche ou d'un abcès enkysté dans le péritoine ? Avait-on affaire à une tumeur cancéreuse ?

La malade est morte en janvier 1876.

On comparera ce cas dont le diagnostic a été très-indécis avec le suivant.

Obs. XX. — *Inflammation péri-utérine et péri-rectale déterminée par une affection maligne.*

Mme Z..., âgée de 65 ans. Vue pour la première fois avec le Dr Sharpe en avril 1873. Elle souffrait alors de troubles intestinaux. Nous trouvâmes derrière l'utérus une masse ferme et dense qui embrassait également le rectum. Je pensais alors à une cellulite pelvienne ou à un fibrome utérin. Je revis la malade en septembre de la même année. Sa constipation avait augmenté; la défécation est douloureuse et n'a lieu qu'avec l'emploi des purgatifs.

Un examen attentif est pratiqué pendant la chloroformisation. Le col est dirigé en avant; l'hystéromètre pénètre à la profondeur normale et l'on constate que la paroi antérieure de l'utérus est libre d'adhésion. Il n'en est pas de même des parois postérieure et latérales qui sont entourées d'une masse solide et résistante qui faisait saillie sous la paroi postérieure du vagin. Le rectum est comprimé au niveau du col utérin; il adhère à l'utérus par l'intermédiaire de la tumeur.

Quelle était la nature de la tumeur? A l'âge de la malade on pouvait plutôt supposer l'existence d'une affection maligne que d'un simple dépôt inflammatoire. Le diagnostic ne put néanmoins être établi d'une manière précise. Nous convînmes de ne pratiquer la ponction que si des symptômes de pyohémie se manifestaient.

La malade mourut à la fin de juin. Les symptômes généraux observés avant la mort font plutôt supposer l'existence d'une tumeur maligne qui, ayant son point de départ dans l'ovaire, avait déterminé des inflammations de voisinage.

On comparera cette observation avec la suivante dans laquelle l'obstruction intestinale était due à une tumeur d'un caractère bénin.

Obs. XXI. — *Induration et abcès rétro et péri-utérin.*

Mme S..., âgée de 50 ans. Vue en consultation avec le Dr March en novembre 1873. Se plaint depuis plusieurs mois d'une constipation rebelle qui a fini par dégénérer en obstruction complète. Cette obs-

truction avait été attribuée par plusieurs médecins à une tumeur utérine, fibreuse ou carcinomateuse, qui comprimait l'intestin.

A l'examen, on trouve l'utérus entouré d'un dépôt de nature inflammatoire. Le rectum est rétréci et admet à peine le passage d'un doigt. Je diagnostiquai d'abord une tumeur fibreuse encapsulée dans un épanchement fibrineux résultant d'une pelvi-péritonite. L'obstruction intestinale ne paraissant pas devoir céder je pensai un instant à pratiquer la colotomie.

La terminaison de ce cas fut aussi instructive qu'inattendue.

4 janvier 1874. Le Dr March m'informa que la malade avait perdu quelques jours après notre consultation une quantité considérable de pus par le rectum et qu'elle en avait éprouvé un soulagement immédiat. Il s'agissait seulement d'un abcès dont la guérison eut lieu spontanément.

Il est probable que, dans ce cas, l'emploi de l'aspirateur eût éclairé le diagnostic et procuré un plus rapide soulagement à la malade. Cette observation montre également combien il est important d'examiner le rectum lorsqu'il existe une obstruction intestinale prolongée.

J'ai vu de temps en temps pendant l'année 1874 une dame qui n'avait jamais été enceinte et souffrait d'une dysurie due à la compression produite sur l'utérus par une tumeur rétro-utérine. Cette tumeur présentait le volume d'une tête de fœtus et s'élevait jusqu'à l'ombilic. Il n'y avait ni hémorrhagie, ni obstruction intestinale et la malade n'accusait aucune douleur, si ce n'est la gêne produite par le poids de la tumeur. Les doutes qu'on avait sur la nature de l'affection furent subitement dissipés trois ans plus tard, en janvier 1877, par une évacuation considérable de pus qui eut lieu par le rectum. La tumeur disparut complètement. La personne qui fait le sujet de cette observation a été mariée deux fois sans avoir d'enfant; elle a un col conique avec un très-petit orifice et a souffert de dysménorrhée. Je suis disposé à croire que l'affection a débuté par une hématocèle produite par l'étroitesse de l'orifice utérin. Comme le précédent, ce cas montre que le diagnostic de ces

tumeurs peut rester longtemps obscur et que le trocart aspirateur doit généralement être employé.

Le groupe suivant contient plusieurs exemples de tumeurs fibreuses de l'utérus. Lorsque l'utérus est affecté par une de ces tumeurs, il s'élève généralement en dehors du bassin, il arrive rarement qu'un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus occupe la poche rétro-utérine comme les tumeurs qui ont été décrites dans les groupes précédents. Il est généralement assez facile de déterminer la nature et les relations de ces tumeurs à l'aide de l'hystéromètre et des autres modes d'exploration. Il peut arriver cependant que le diagnostic présente des difficultés et je connais plus d'un cas dans lequel l'utérus antéversé a été pris pour un fibrome ou pour un ovaire hypertrophié.

SIXIÈME GROUPE

Fibroïdes développés sur la paroi postérieure et externe de l'utérus.

OBS. XXII. — *Tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus.*

Mme G..., âgée de 48 ans. A eu un accouchement normal il y a dix-huit ans. La santé générale a été bonne jusqu'en 1870, époque à laquelle elle commença à se plaindre de douleurs pelviennes. Elle a eu récemment de la dysménorrhée; l'écoulement menstruel est mélangé de caillots; il n'y a pas de dysurie.

L'hystéromètre pénètre à la profondeur normale et un peu en arrière indiquant une légère rétroversion. Le fond de l'organe peut être ramené en avant avec la sonde; mais on sent derrière l'utérus une tumeur de la grosseur d'une orange qui adhère intimement. Je diagnostique une tumeur fibreuse siégeant à la paroi postérieure de l'utérus (FIG. IV).

En novembre 1876, le Dr Magrath qui soigne la malade m'écrit dans les termes suivants : « La métrorrhagie a cessé; les fonctions de la vessie et du rectum sont normales; la tumeur est maintenant mobile et occupe le cul-de-sac de Douglas. Je trouve une seconde tumeur

dans la région iliaque gauche. » Il est probable qu'il s'agit dans ce cas d'un fiboïde qui s'est étendu graduellement et est devenu pédiculé.

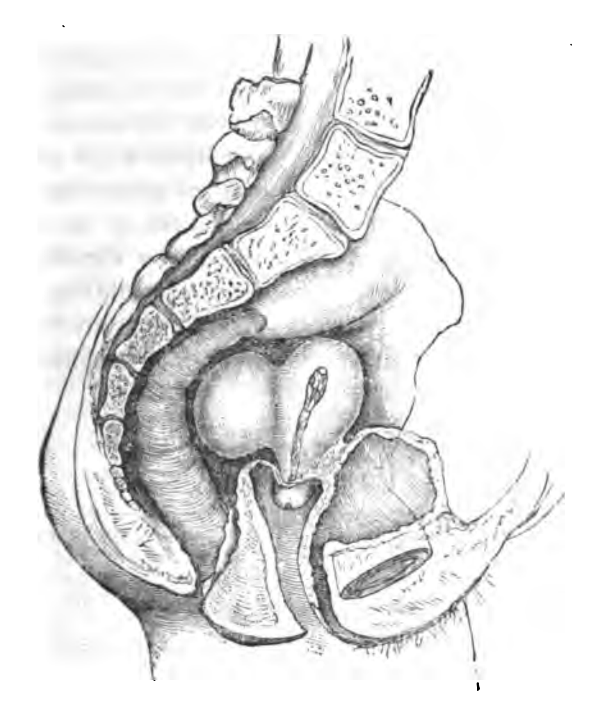


Fig. IV.

Tumeur fibreuse faisant saillie sur la paroi postérieure de l'utérus et comprimant le rectum.

Le cas suivant est non moins remarquable que les précédents et montre également les difficultés qui peuvent entourer le diagnostic des tumeurs rétro-utérines.

Obs. XXIII. — *Fibro-myome compliqué de grossesse.*

Je vois Mme G... avec le Dr Baber, le 4 janvier 1877; mariée depuis plusieurs années elle n'a eu ni fausses couches, ni accouchements. Toujours réglée régulièrement elle n'éprouve des désordres pelviens

que depuis trois mois. Ces désordres ont consisté en dysménorrhée, douleurs lombaires et hypogastriques, vomissements, etc.

Au moment de l'examen le ventre est considérablement augmenté de volume. On peut à peine atteindre le col utérin qui est situé au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne. Derrière l'utérus on découvre une tumeur dense et volumineuse qui descend jusqu'au périnée et comprime la paroi postérieure du vagin contre la paroi antérieure et contre la symphyse. Par le toucher rectal on reconnaît que cette tumeur est arrondie, couverte de nodosités et occupe la totalité de la concavité sacrée.

5 janvier. La tumeur est ponctionnée; le trocart pénètre dans un corps dur et résistant, mais aucun liquide ne s'échappe.

Le 6. Le Dr Baber m'écrit que la malade a passé une mauvaise nuit, qu'elle a eu des vomissements et que la tumeur a augmenté de volume. Nous revoyons la malade avec le Dr Braxton Hicks. Elle fut éthérisée et on tenta de déloger la tumeur du bassin. Mais cette opération fut rendue impossible par la distention de la cavité abdominale et par les adhérences. Nous pensâmes à l'existence d'une tumeur ovarienne, car il était difficile d'admettre qu'un fibrome eût pu se développer aussi rapidement. On pouvait encore supposer l'existence d'une grossesse.

L'état de la malade qui empirait à chaque moment demandait une intervention immédiate et nous décidâmes d'avoir recours à la gastrotomie.

L'opération fut pratiquée le 7 janvier avec l'aide des Drs Braxton Hicks, Baber, Fyfe et Fancourt Barnes. L'incision commença à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Je tombai d'abord sur une masse charnue et pyriforme que je pris d'abord pour l'utérus, mais j'y découvris des nodosités qui me donnèrent des doutes sur sa véritable nature. Je pris la résolution d'enlever toute la masse morbide y compris l'utérus. Cette extraction fut difficile à cause des adhérences et du volume de la tumeur. Lorsque toutes les adhérences furent rompues, on appliqua une ligature sur chaque ligament large, la masse fut enlevée et la paroi abdominale réunie par des sutures.

Dans la soirée qui suivit l'opération la malade était très-améliorée, pas de vomissements; pouls à 120; mais elle fut prise d'une extrême prostration et succomba trente heures après l'opération.

La mort peut être attribuée à la faiblesse générale qui existait avant l'opération et au shock résultant de l'opération elle-même.

Je me suis efforcé dans la figure V de montrer les rapports de la tumeur. On voit en effet que l'utérus était comprimé entre deux tumeurs fibreuses; la plus volumineuse occupe la cavité

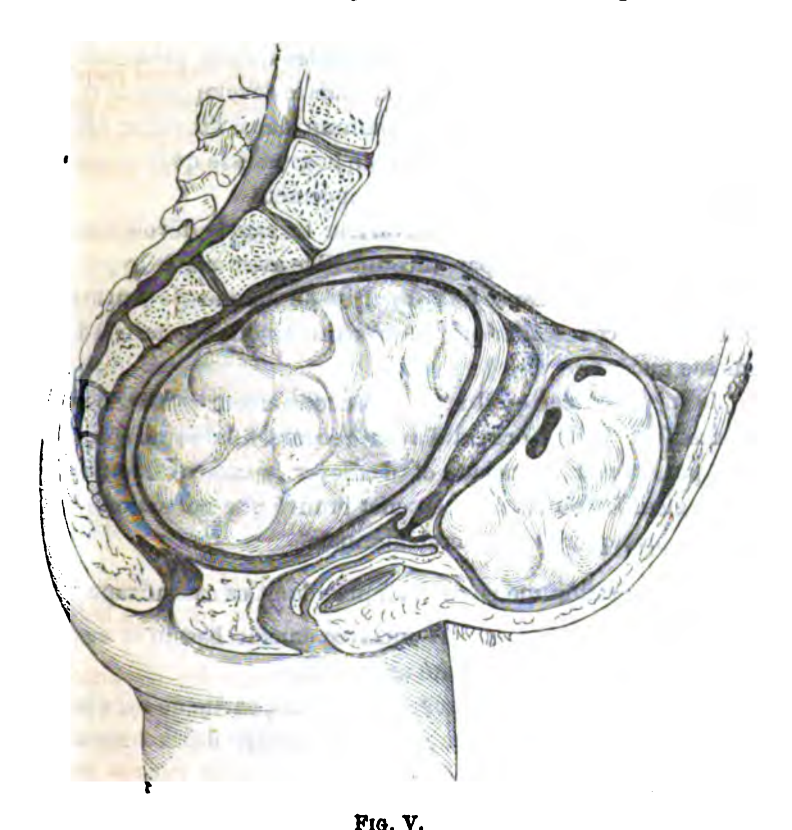


Fig. V.

Se rapportant à l'obs. XXIII. L'utérus est comprimé entre deux tumeurs fibreuses.

pelvienne, tandis que la plus petite s'élève au-dessus de la symphyse pubienne. La cavité utérine est occupée par un œuf contenant un embryon âgé d'environ 2 mois. La masse la plus volumineuse avait subi un commencement de sphacèle.

Ce cas singulier est intéressant au point de vue du diagnostic différentiel.

L'historique de la maladie faisait d'abord supposer l'existence d'une grossesse extra-utérine ; mais cette opinion était combattue par le volume considérable de la tumeur et par l'absence de liquide après la ponction.

La densité de la tumeur, les nodosités qu'elle présentait faisaient supposer un corps fibreux, mais le développement rapide observé dans ce cas n'est pas commun dans l'histoire des tumeurs fibreuses. La coexistence de la grossesse qui fut connue plus tard explique ce rapide développement.

On pensa alors à un kyste ovarien. Le rapide développement de la tumeur n'était pas incompatible avec cette hypothèse. Mais la véritable cause de l'obscurité du diagnostic était le produit de la conception qui se trouvait enfoui au milieu de la masse morbide.

Je suis persuadé qu'il n'y a eu aucune erreur relativement au traitement. Il était urgent d'avoir recours à la seule opération qui pût sauver la malade et d'enlever la tumeur mortifiée et étranglée. L'événement a en effet prouvé que nous avons bien fait de pratiquer la section abdominale.

Cette opération me paraît indiquée dans les cas suivants :

1° Lorsque la tumeur est enclavée dans le bassin et ne peut être repoussée dans la cavité abdominale.

2° Lorsque la tumeur a déjà envahi une partie de l'abdomen.

3° Lorsque la totalité ou la presque totalité de la tumeur est solide.

L'opération est également indiquée lorsqu'on suppose que la tumeur est ovarienne et lorsqu'il existe une compression intra-pelvienne, qui trouble d'une façon sérieuse les organes contenus dans le bassin.

On devra toujours, avant de pratiquer la section abdominale, pratiquer une ponction préalable par le rectum ou le vagin. Ce procédé, qui est généralement sans danger, fournira des indications précieuses pour le diagnostic et procurera le plus souvent du soulagement.

Il existe au musée de l'hôpital Saint-George, une préparation

qui se rapporte à une opération presque identique à la précédente. J'en donne ici un extrait.

Obs. XXIV. — *Tumeurs fibreuses de l'utérus enclavées dans le bassin. Rétention d'urine. Mort.*

Mme F. B..., âgée de 42 ans, admise à l'hôpital le 2 décembre 1870. Elle a fait une chute six mois avant son admission et se plaint depuis cette époque de douleurs pelviennes et de dysurie. A l'examen on trouve une tumeur volumineuse qui remplit le bassin et s'élève au-dessus de la symphyse pubienne. Le cul-de-sac recto-vaginal est considérablement distendu, le doigt pénètre difficilement dans le vagin et ne peut atteindre le col utérin.

Le 2 décembre la vessie est vidée avec une sonde d'homme qui pénètre dans toute sa longueur ; la tumeur présente presque la dureté du tissu osseux. L'urine est acide.

Le 6, le cathéter pénètre difficilement et semble s'engager dans une fausse route.

Le 8, l'urine est trouble, acide, la malade a des frissons, le ventre est sensible, pouls 120.

Le 11, la malade a du délire ; elle succombe le 15.

Autopsie. Epanchement considérable dans les deux cavités pleurales. Le ventricule gauche du cœur est contracté, le droit contient un caillot décoloré ; le bord libre de la valvule mitrale est un peu épaissi. Le péritoine recouvrant les viscères pelviens est très-injecté. Le bassin était occupé par une tumeur fibreuse de la grosseur d'un melon et dont le poids avait déterminé une rétroversion de l'utérus. Un autre corps fibreux peu volumineux était fixé à la paroi antérieure de l'utérus. Entre le vagin et la vessie existait un petit abcès circonscrit. Le bassinet et les uretères étaient extrêmement dilatés. Les capsules surrénales étaient très-adhérentes.

Le seul moyen de sauver cette malade consistait à pratiquer l'extirpation de l'utérus par la gastrotomie.

On peut encore rencontrer dans le cul-de-sac rétro-utérin d'autres tumeurs dont les caractères présentent plus ou moins d'analogie avec celles dont nous venons de parler. Ces tumeurs sont :

1° Les *kystes ovariens* ou autres tumeurs de l'ovaire d'un petit volume et pouvant être contenues en totalité dans le basssin. Dans le premier stage de leur développement, les tumeurs ovariennes peuvent se loger temporairement dans le cul-de-sac; elles s'élèvent ensuite dans la cavité abdominale à mesure qu'elles augmentent de volume ;

2° Les tumeurs kystiques ou fibroïdes des ligaments larges;

3° Les hydropisies des tubes de Fallope dont il existe un exemple type au musée de l'hôpital Saint-George.

Dans ce dernier cas, la forme allongée du tube est généralement conservée, de sorte que lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur fluctuante dans le cul-de-sac de Douglas, on peut reconnaître le tube hypertrophié qui a la forme d'une saucisse et s'étend derrière le ligament de Poupart ; c'est dans ces cas que la ponction et le drainage sont utiles et peuvent procurer la guérison.

Si nous jetons un coup d'œil analytique sur l'ensemble des observations recueillies dans ce mémoire, nous remarquons, en premier lieu, les désordres déterminés par la pression sur les organes voisins. Lorsque nous voulons connaître la nature précise de la tumeur, il faut d'abord étudier les antécédents, les symptômes subjectifs, puis pratiquer l'exploration physique. Quoique les deux premières sources de renseignements ne doivent pas être négligées, c'est encore l'exploration physique qui nous fournit les meilleurs indices.

Je désire surtout insister sur l'utilité de pratiquer la ponction exploratrice avec l'aspirateur. Dans plusieurs des cas que j'ai rapportés plus haut, le diagnostic eût été plus précis si la ponction avait été pratiquée. Non-seulement cette opération est sans danger, mais elle produit très-souvent de bons résultats en facilitant l'évacuation du pus et des autres liquides. Elle facilite incontestablement l'absorption et l'on peut dire que les ponctions répétées constituent une bonne méthode de traitement.

Il peut cependant arriver que, malgré tous nos efforts, le diagnostic de la tumeur rétro-utérine ne puisse être établi d'une

manière précise. Mais ce n'est pas une raison pour rester inactif. Nous trouverons souvent dans l'acuité et l'importance des symptômes déterminés par la tumeur, une indication assez formelle pour justifier l'intervention chirurgicale.

REVUE CLINIQUE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — ADHÉRENCES DU FŒTUS AU PLACENTA. — MAIN BOTE. — SYNDACTYLIE. — UTÉRUS NORMAL (1).

Par A. Mossé, interne des hôpitaux.

(*Observation communiquée à la Société anatomique; séance du 22 février* 1878.)

Ch... (Victorine), 25 ans, domestique, entre le 18 janvier 1878 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, lit n° 1 (service de M. Oulmont). Cette malade a été prise, avant-hier, de frissons et point de côté : aujourd'hui, il y a une dypsnée intense, de la matité en arrière et à gauche où l'auscultation fait reconnaître les autres signes physiques de la pneumonie. Bientôt après, le poumon droit se prend également. Les symptômes de cette affection thoracique, devenant de jour en jour plus graves, avaient plus particulièrement attiré notre attention jusqu'au moment de la mort (28 janvier). Toutefois, la malade, au moment de son entrée, s'était montrée très-inquiétée par ce fait que les règles (?), brusquement interrompues lors du frisson initial de la pneumonie, avaient reparu deux jours après, sous forme de suintement. Aucun autre phénomène n'attire l'attention du côté des organes génitaux, cette femme nous raconte cependant qu'il y a six mois elle a eu une métrorrhagie et une fausse couche suivie de

(1) Deux dessins sont déposés dans l'album de la Société anatomique et la pièce se trouve au musée Dupuytren.

métrite interne, pour laquelle elle a été traitée pendant quatre mois dans le service de M. le professeur Sée.

M. Sevestre, qui avait vu la malade avant son entrée à l'hôpital et qui l'a observée à cette période de la maladie, particulièrement intéressante au point de vue clinique, avait admis, d'après l'ensemble des symptômes, l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine. L'autopsie a démontré que ce diagnostic probable était parfaitement justifié.

Autopsie, le 30 janvier.

Adhérences pleurales au sommet du poumon droit; hépatisation grise du lobe moyen; même lésion à gauche prédominant vers le sommet; pus à la base du poumon gauche.

Cœur, rien de particulier à noter. Caillots fibrineux.

En ouvrant l'abdomen, on trouve une masse volumineuse irrégulière, de coloration noire par places, marbrée sur d'autres, située dans l'excavation pelvienne dont elle dépasse en haut le détroit supérieur, et assez nettement placée sur la ligne médiane pour pouvoir d'abord être prise pour l'utérus dont elle rappelle la forme générale, malgré son irrégularité.

Le péritoine, dans la partie qui recouvre la paroi abdominale antérieure, est noirâtre, marbré de nombreuses petites taches, ressemblant, pour la plupart, aux pétéchies du scorbut, mais très-foncées. Sur le mésentère et les épiploons, il existe des marbrures analogues, mais moins noires; le cæcum est entouré d'un magma de coloration noire, qui le rattache à la partie sous-jacente de la fosse iliaque, à laquelle il adhère.

Le petit bassin contient aussi dans la partie postérieure une petite quantité d'une matière de même couleur et de même nature que celle qui entoure le cœcum.

Toutes ces lésions paraissent être les restes d'une ancienne hémorrhagie interne; on ne rencontre cependant ni fausses membranes, ni caillots anciens à ce niveau.

La rate est normale, les reins ont des dimensions normales, à l'œil nu ils paraissent sains; le foie offre la consistance du foie gras.

La pièce pathologique, d'abord prise pour l'utérus, est enlevée avec tous les organes annexes, afin de pouvoir être étudiée en détail. On s'aperçoit alors que l'on a affaire à une tumeur, bien distincte de cet organe, en arrière et au-dessus duquel elle est située, ce qui avait d'abord empêché de le voir; l'utérus, en effet, est normal; il n'est pas augmenté de volume; la cavité utérine, ouverte par une incision

faite sur la ligne médiane le long de la face postérieure, n'est pas élargie; on ne trouve rien qui puisse être pris pour une caduque : les parois sont lisses et offrent l'aspect qu'elles ont en dehors de toute gestation; l'on aperçoit en haut et de chaque côté du bord supérieur, l'orifice des trompes qui ne présente non plus aucune anomalie.

Les organes annexes du côté gauche paraissent sains, et n'offrent à signaler qu'une déviation légère dans la position de l'ovaire, position rendue fixe par quelques petits replis minces et très-transparents qui cèdent facilement sous le doigt et laissent, sans la moindre résistance, placer l'ovaire dans sa position habituelle. (C'est ce qui a été représenté dans le dessin joint à l'observation.) Petit kyste ovulaire rattaché à la trompe.

Du côté droit, il existe des modifications considérables. La trompe, après un trajet de quelques centimètres, s'arrête brusquement et offre une solution de continuité; la déchirure est complète, et telle, qu'il ne reste de cet organe à peu près que la moitié correspondant à l'utérus. L'ovaire se voit en arrière et au-dessous de la trompe; le ligament large paraît se continuer à son extrémité avec la tumeur placée derrière l'utérus; celle-ci, dont l'enveloppe a cédé, pendant l'ablation, sur un point où elle était très-amincie, est constituée par une poche contenant le produit d'une grossesse extra-utérine; le placenta est entier, et il forme les parois de la poche qui renferme un fœtus, âgé de 4 à 5 mois environ; ses connexions avec le fœtus méritent d'être décrites avec soin. Le cordon est inséré à peu près au centre du placenta, il se dirige obliquement derrière le dos, puis sur la partie latérale gauche du tronc, passe au niveau de la crête iliaque gauche, trouve un peu plus bas l'extrémité inférieure du membre supérieur gauche qui vient se placer sous la cuisse dans la flexion, et de telle sorte que la main adhère d'une part à la fesse et de l'autre à la jambe et au pied; le cordon contourne ensuite le pied qu'il luxe, passe entre les deux membres inférieurs entre-croisés, puis se termine à l'ombilic après avoir décrit un huit de chiffre.

Le fœtus, dont le crâne est aplati, a plusieurs os de la face fracturés; il présente des déformations congénitales nombreuses et des adhérences au placenta sur la moitié environ de sa surface. Celles-ci sont irrégulières : elles commencent en arrière suivant une ligne étendue en écharpe de la région lombaire gauche à l'aisselle droite, et cessent en avant suivant une ligne qui remonte presque sans s'infléchir du milieu de la cuisse au sommet de l'aisselle en

passant sur le thorax et l'abdomen. Le membre supérieur droit est placé dans l'élévation, de telle sorte que l'extrémité inférieure de l'avant-bras correspond à la partie postéro-supérieure du crâne; il est xé dans cette situation par des adhérences au placenta. Il résulte de cette disposition que les membranes adhèrent au fœtus sur toute la moitié droite du tronc, et que les adhérences occupent encore une certaine étendue à gauche.

Main bote palmaire à droite; la paume de la main est placée directement contre la face antérieure des deux os de l'avant-bras; ceux-ci sont bien conformés, cependant l'épiphyse de l'extrémité supérieure du radius est aplatie et inclinée sur elle-même; la cupule du radius, au lieu d'être horizontale, est obliquement dirigée en bas. Pas d'irrégularité de la diaphyse. L'annulaire et l'auriculaire sont réunis.

D'autres déviations existent encore aux membres. Nous signalerons simplement la luxation des doigts de la main gauche qui sont déviés et inclinés en dedans sur le métacarpe : les deux derniers doigts sont réunis ; les deux premiers sont déformés et les phalanges déjetées les unes sur les autres.

Réflexions. — L'étude de cette pièce anatomique, ainsi que celle des symptômes cliniques dont nous devons la relation détaillée à l'obligeance de M. Sevestre, nous permet de penser que l'on a été, ici en présence d'une grossesse abdominale secondaire. Le fœtus, dans une première période, s'est développé dans la partie externe de la trompe, puis, est tombé dans le péritoine, à la suite de la rupture de ce conduit. Les symptômes d'hémorrhagie interne, les accidents suraigus survenus au mois d'août, pendant que la malade sautait à la fois plusieurs marches d'un escalier, font croire que c'est à ce moment qu'a eu lieu la rupture de la trompe constatée plus tard à l'autopsie. L'état fut alors assez grave pour faire craindre la terminaison fatale à bref délai, et qui est d'ordinaire la règle dans ces cas ; mais la malade a guéri assez rapidement, et, quand elle est rentrée dans le service pour une affection aiguë du poumon, rien de particulier n'attirait l'attention du côté de l'abdomen, à part la suppression d'un écoulement sanguin (règles ?) survenu au moment du frisson initial.

Dans le fait qui précède, une chose nous paraît particulièrement intéressante à signaler : c'est l'état de l'utérus; celui-ci n'offrait ni augmentation de volume, ni dilatation de la cavité, ni existence d'une caduque : c'est un fait reconnu depuis longtemps (Velpeau cependant l'avait contesté), que l'utérus, dans la grossesse extra-utérine, prend part à la gestation. Stolz (*Dictionnaire de Jaccoud*, art. *Grossesse*) s'exprime même en ces termes : « Il se passe dans l'intérieur de l'utérus, pendant la grossesse anormale, absolument ce qui se voit dans la grossesse normale. »

Il est vrai que plus tard l'éréthisme qui accompagne la conception cessant, cet organe devient plus petit, mais les faits où il a été trouvé normal sont assez rares pour que Nægele et Grenser, dans leur traité d'accouchement (traduct. Aubenas, 1869), après avoir signalé les modifications qui sont la règle, rapportent avec détails la description d'une pièce analogue à celle que nous présentons et qui est conservée au musée de Dresde.

L'utérus était tel qu'on le rencontre en dehors de toute gestation ; aussi pour ces auteurs, « cette pièce réfute une opinion presque généralement répandue, d'après laquelle l'augmentation de volume de la matrice, le développement de la caduque, etc., seraient des phénomènes constants dans la grossesse extra-utérine. » L'observation que nous avons rapportée et dans laquelle la grossesse était approximativement de cinq mois (d'après les dimensions du fœtus et les renseignements obtenus), est moins probante que celle dont il s'agit plus haut, puisqu'elle avait trait à une grossesse tubaire d'environ huit semaines, toutefois, elle nous a paru, à ce point de vue, digne de fixer l'attention; c'est ce qui explique les détails dans lesquels nous sommes entrés à ce sujet.

En terminant, signalons l'existence de deux kystes ovulaires (D et B sur le dessin joint à l'observation, qui montrent que, antérieurement, à plusieurs reprises déjà, l'ovule n'avait pu suivre son trajet habituel.

Enfin, au point de vue tératologique, les adhérences du

fœtus aux membranes, l'existence d'une main bote et d'une syndactylie des deux derniers doigts de chaque main, nous paraissent aussi pouvoir mériter quelque intérêt.

Nous joignons à notre observation l'histoire clinique de cette malade (avant son entrée à l'hôpital), telle qu'elle nous a été remise par M. le Dr Sevestre.

Note de M. le Dr Sevestre. — Cette malade vint me consulter dans le courant du mois de juin de l'année dernière, pour des douleurs qu'elle éprouvait dans le bas-ventre. L'utérus était gros et douloureux, et j'aurais admis une métrite intense que suffisaient à expliquer les fatigues et la vie peu régulière de cette femme, si je n'avais constaté quelques signes pouvant se rapporter à la grossesse (suppression des règles depuis deux mois, picotement dans les reins qui avaient augmenté légèrement, quelques envies de vomir). — Je fis entrer cette malade à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne. Sous l'influence du repos et des cataplasmes, les douleurs diminuèrent et disparurent complètement, et la malade put sortir au bout d'un mois. L'utérus était à peu près aussi volumineux qu'au moment de l'entrée, mais non douloureux; il ne dépassait pas le pubis, derrière lequel il fallait le chercher.

La malade reprit ses occupations de femme de chambre, et en même temps sa vie aventureuse, ne prenant aucune précaution pour éviter un avortement qu'elle paraissait plutôt désirer (du reste, elle avait déjà eu au moins une fausse couche).

Le 22 août, en sautant à la fois quatre ou cinq marches d'un escalier, elle ressentit dans le ventre une vive douleur et fut au bout de peu d'instants, obligée de se coucher. Je la vis seulement le lendemain dans la journée. Un médecin avait posé le diagnostic de péritonite et fait appliquer des cataplasmes. Le ventre était en effet fortement ballonné, douloureux, surtout dans le flanc gauche, mais, en même temps, la malade présentait une pâleur très-marquée et d'autant plus frappante, qu'elle avait auparavant un teint très-coloré; elle avait des menaces de syncope dès qu'elle essayait non-seulement de se

lever, mais même de soulever la tête; le pouls était très-petit, à peine perceptible par moments, la peau froide. Il existait, en somme, tous les signes d'une hémorrhagie abondante, et la constatation de ces symptômes, jointe aux phénomènes abdominaux et à l'absence de tout écoulement par le vagin, me fit porter le diagnostic d'hémorrhagie intra-péritonéale. Les accidents présentaient une telle intensité que je ne doutais guère de voir succomber la malade au bout de quelques heures.

On appliqua de la glace sur le ventre, on lui fit prendre une potion cordiale avec de l'extrait de quinquina et de l'acétate d'amoniaque, et pour boisson de la limonade alternant avec des grogs. — Le soir, elle était à peu près dans le même état, mais le lendemain, elle pouvait parler un peu, ce qui lui était tout à fait impossible la veille; le pouls était un peu plus fort : au moins était-il toujours appréciable. La douleur abdominale avait notablement diminué. L'amélioration continua les jours suivants; on alimentait la malade autant que possible avec du bouillon, du lait, etc. Cette amélioration fut même tellement rapide que, le 27 août, on pouvait la transporter à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Sée (salle Sainte-Jeanne, n° 2). J'étais alors en congé et ne pus suivre la malade, mais lorsque je revins, vers le 15 septembre, je la trouvai presque complètement rétablie. Il y avait encore un peu de douleur dans le bas-ventre, particulièrement du côté gauche; mais l'utérus était peu volumineux, le col ne présentait au toucher aucune altération notable. La malade présentait seulement une constipation habituelle, difficile à vaincre. C'est alors que, réunissant par la pensée les diverses circonstances observées chez cette malade, c'est-à-dire l'existence des signes rationnels de la grossesse, le fait évident d'une hémorrhagie interne et l'absence de développement de l'utérus, j'en vins à me demander si l'on ne pourrait admettre une grossesse extra-utérine, mais c'était là simplement une hypothèse qui n'était démontrée par aucun symptôme caractéristique.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mai 1878.

Monstre célosomien. — M. le Dr Parey, de Pontoise, présente à l'Académie un fœtus qu'il classe parmi les monstres célosomiens.

En voici la description : Ce fœtus a environ 33 centimètres de longueur ; il n'offre pas de disproportions bien sensibles, peut-être cependant ses membres pelviens, comme celą se remarque généralement chez les célosomiens, sont-ils peu développés en raison des membres thoraciques. Toutefois, le membre inférieur droit me paraît semblable au gauche, bien que l'éventration siége à droite. Le fœtus a deux pieds bots varus, la déviation paraît plus sensible que le jour de la naissance, peut-être est-ce un effet de la macération dans l'alcool. Les organes génitaux semblent normaux vus extérieurement. Le cordon ombilical, mesuré depuis la paroi abdominale jusqu'au placenta, est plutôt court que long ; il mesure 32 centimètres. Lors de la naissance, il faisait un circulaire autour du cou en passant derrière l'épaule gauche, et, à un premier examen rapide, la sage-femme et moi avons cru qu'il faisait deux tours ; ce que nous avions pris pour un second circulaire n'était qu'un lambeau des membranes qui enserrait le cou. Le cordon s'insère sur la circonférence du placenta, il offre un premier renflement à 20 centimètres du placenta, sans importance, et un second à sa réunion avec les parois abdominales dont je vais parler maintenant.

La paroi abdominale droite, au niveau du foie, présente une ouverture arrondie de 2 centimètres environ, dont les bords sont en continuité directe avec la gaîne du cordon, qui se trouve élargie pour loger le foie, l'estomac, l'intestin grêle et les parties ascendante et transverse du côlon. Dès que le fœtus fut sorti de l'utérus, cette dilatation du cordon était béante et laissait voir les viscères, ci-dessus énumérés. Le volume de ces viscères, comparé à la capacité du sac, laisse à penser qu'avant l'accouchement comme après, le sac devait

être ouvert et les viscères devaient plonger dans le liquide amniotique, au moins dans les derniers temps.

Séance publique annuelle tenue le 4 juin 1878.

L'Académie avait à décerner ses prix pour les années 1876 et 1877.

Après un excellent Rapport général de M. Roger, secrétaire annuel, le Président a fait connaître le nom des lauréats.

Nous reproduisons seulement parmi les mémoires couronnés ceux qui se rattachent à la gynécologie et à l'obstétrique.

Prix fondé par M. le Dr Capuron. — La question suivante avait été proposée :

Du chloral dans le traitement de l'éclampsie.

Ce prix était de la valeur de 2,000 francs.

Six mémoires ont été adressés à l'Académie.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr J. Delaunoy, médecin à Paris, auteur du mémoire inscrit sous le nº 6, portant pour épigraphe : *Medici certant, et adhuc sub judice lis est.*

Elle accorde, en outre, une mention honoprableà M. le Dr Léo Testut, de Bordeaux, auteur du mémoire nº 5, avec cet épigraphe : *Labor et Spes.*

Prix Huguier. — Ce prix, fondé par Mme Ve Huguier, devait être décerné au meilleur travail sur les maladies des femmes (non compris les accouchements).

Ce prix ne pouvait pas être partagé.

Il était de la valeur de 3,000 francs.

Nous avons déjà annoncé que l'Académie a décerné le prix à M. le Dr Puech, de Nîmes, pour son ouvrage intitulé : *Des atrésies complexes des voies génitales de la femme ou de l'hématomètre unilatéral.*

Récompenses pour la vaccine. — L'Académie a proposé, et M. le Ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1º *Un prix de 1,500 francs partagé entre :*

M. Dumontpallier, docteur en médecine à Paris, 1,000 francs pour son travail intitulé : *Contribution à l'histoire des anomalies de l'éruption vaccinale ;*

M. Moty (Fernand), docteur en médecine, aide-major au 3e bataillon d'Afrique, 500 francs. M. Moty a déjà fait, dans trois cercles différents, le service des vaccinations.

Le mémoire adressé pour 1875 est relatif aux vaccinations pratiquées dans le cercle de Biskra, et renferme un grand nombre de faits très-intéressants.

2° Un autre prix de 1,506 francs a été partagé entre MM. les Drs Emmerique, Mordut et Salenes pour leux travaux sur la vaccine.

Des médailles d'argent et de bronze ont ensuite été décernées à un grand nombre de médecins et de sages-femmes pour récompenser le zèle déployé dans la pratique des vaccinations.

Médailles accordées pour coopération aux travaux de la Commission de l'hygiène de l'enfance pendant l'année 1877. — Le Ministre a décerné sur la proposition de l'Académie :

Une médaille d'argent à MM. les Drs de Brye, Laurent, Bourée et Maurin ;

Une médaille de bronze à MM. les Drs Sagnier et Perron.

Prix proposés pour l'année 1879. Questions se rattachant à la gynécologie.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : *État de l'utérus et de ses annexes dans les maladies comprises sous le nom de fièvre puerpérale.*

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : *De l'hystéro-épilepsie.*

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le Dr Capuron. — Question : *Des varices pendant la grossesse et l'accouchement.*

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix proposé par la Commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : *De l'allaitement artificiel.*

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1879 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai de l'année 1879. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

La séance annuelle s'est terminée par un remarquable *Eloge de Nélaton*, dans lequel M. Béclard, l'éminent secrétaire de la Compagnie,

a montré des qualités oratoires vraiment supérieures. Nous regrettons que le manque d'espace ne nous permette pas de reproduire les traits saillants de ce remarquable discours.

A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Des lésions rénales consécutives aux fistules vésico-vaginales.

M. Verneuil. L'année dernière, j'ai publié, sur la mortalité après les opérations de la fistule vésico-vaginale, une note dans laquelle j'exposais que, sur 80 opérations, j'avais perdu 6 femmes, ce qui donnait une proportion de 7 0|0.

En dépouillant cette statistique, je citais des morts occasionnées par des hémorrhagies, des érysipèles, mais je mettais en évidence certains cas de morts qui s'expliquaient par des états pathologiques antérieurs, souvent méconnus, et ayant provoqué, sous l'influence du traumatisme, des accidents mortels.

Parmi ces complications, je signalais les lésions rénales, dont je rappelais un exemple que j'avais publié en 1859, dans les Bulletins de la Société anatomique : il s'agissait d'une femme atteinte de fistule vésico-vaginale morte sans opération à la suite d'accidents cérébraux, probablement urémiques. A l'autopsie, on constata que la fistule siégeait précisément à l'intervalle compris entre les deux uretères; l'uretère droit était considérablement dilaté, il était doublé de volume, et son extrémité inférieure, effilée près de la vessie, offrait à son embouchure un rétrécissement très-marqué. Le rein correspondant était affecté de pyélo-néphrite. Le rétrécissement de l'uretère semblait être le résultat d'une phlébite ancienne, dont on retrouvait les traces dans les plexus latéraux du vagin, remplis de caillots résistants.

Outre cette observation, j'en citais une autre publiée, dans le *Medical Times and Gazette* 1859, par M. Pollock, de Londres. La malade avait sa fistule depuis deux ans lorsqu'elle fut opérée ; le résultat fut incomplet et une seconde opération fut pratiquée cinq mois plus tard. Les suites ne furent pas satisfaisantes : la malade eut de la fièvre, des frissons et succomba vingt jours après l'opération ; à l'autopsie on trouva l'un des reins très-malade : il était atrophié, le bassinet distendu contenait plusieurs calculs.

Recherchant des cas analogues, je trouvai, dans la thèse de Blin, thèse faite avec des observations relevées dans le service de Jobert, un cas de mort attribuée à de la diphthérie vaginale et qui doit être rapportée, d'après les symptômes, à des accidents urémiques. Or, à l'autopsie, on trouva un commencement de cirrhose et l'oblitération d'un des uretères. Mais l'influence que pouvaient avoir ces lésions viscérales passa complètement inaperçue.

Ces faits avaient éveillé mon attention, et, depuis cette époque, j'examinais avec grand soin les fonctions rénales des femmes atteintes de fistule vésico-vaginale.

Une jeune femme atteinte de fistule vésico-vaginale avait subi deux opérations par la suture sanglante, fort habilement pratiquée par notre collègue M. Delens. Non-seulement l'insuccès avait été complet, mais, chaque fois, des accidents sérieux s'étaient développés. En examinant cette femme j'appris qu'elle était atteinte de gravelle et même je constatai l'existence de la néphrite, qui me donna l'explication des insuccès opératoires.

Chez une autre malade atteinte de fistule vésico-vaginale, des accidents très-graves se développèrent par le fait de l'introduction d'un tampon de charpie. J'explore les reins, je trouve une douleur assez vive dans la région lombaire gauche, et l'examen de l'urine donne un précipité d'albumine, de plus j'apprends qu'elle avait rendu un calcul; le diagnostic n'était pas douteux, il y avait gravelle rénale avec néphrite concomitante.

Je vous apporte, aujourd'hui, un nouveau fait qui vient confirmer l'influence que les fistules vésico-vaginales peuvent exercer sur les lésions rénales :

Une femme de province entra, il y a quelques mois, dans mon service, pour une fistule déjà ancienne. Cette femme était maigre, pâle, fatiguée; elle présentait des troubles graves: diarrhée chronique, fièvre avec frissons; je craignis de suite quelque altération rénale. En effet, je constatai des douleurs au niveau des reins, et une albuminurie considérable. Je ne voulus pas essayer une opération sanglante et j'allais faire une tentative avec le thermo-cautère, lorsque cette femme succomba.

Dans les différents examens auxquels je soumis cette femme, j'avais constaté un vagin très-court, une énorme fistule dont la lèvre supérieure paraissait formée par la paroi postérieure du vagin, car le doigt arrivait dans un cul-de-sac, au fond duquel on ne pouvait rien

retrouver. L'urèthre perméable était un peu dévié, il n'y avait pas de prolapsus vésical et il m'avait été impossible de trouver l'embouchure des uretères.

Lorsque cette femme mourut, j'annonçai que nous trouverions une double néphrite avec un rétrécissement des uretères ; diagnostic que l'autopsie est venue confirmer.

Le vagin est très-court, la fistule envahit toute la face inférieure de la vessie, qui est revenue sur elle-même, à un tel point qu'on pourrait à peine y loger une amande. Il est impossible de retrouver même les traces du col, qui est complètement détruit.

Aux deux commissures de la fistule se trouvent deux petits orifices qui ne sont autres que les orifices des uretères, mais tellement rétrécis que l'on peut à grand'peine introduire un stylet filiforme.

L'inflammation du voisinage rend très-difficile la dissection des uretères, qui sont dilatés et qui présentent le volume du doigt.

Les reins sont le siége d'une néphrite interstitielle, sous la forme du petit rein scléreux ; la capsule très-adhérente indique la périnéphrite ; le bassinet est le siége d'une dilatation qui commence à envahir les calices, c'est l'hydronéphrose au début.

J'ai actuellement dans mon service une autre malade dans les mêmes conditions ; à certaines époques elle a de la rétention d'urine avec douleurs rénales, et je soupçonne quelque lésion du rein.

Il y a, je pense, grand intérêt à faire connaître ces faits qui démontrent l'existence de lésions rénales consécutives aux fistules vésico-vaginales et qui donnent l'explication de ces lésions par l'oblitération ou même, seulement, par le rétrécissement des uretères.

On a, il est vrai, préconisé dans ces cas la dilatation ou l'incision de l'orifice des uretères, mais ces préceptes, très-simples à énoncer dans les livres, sont souvent inexécutables sur le vivant.

Comme je vous le disais, je crois qu'il est important de faire connaître ces faits, qui ouvrent dans l'histoire des fistules vésico-vaginales un nouveau chapitre que l'on peut intituler : *Des lésions rénales consécutives aux fistules vésico-vaginales.*

M. Delens. Chez ma malade dont M. Verneuil vient de rapporter l'histoire, toute la portion cervicale de l'utérus était détruite, et je crois que le délabrement du col doit influer beaucoup sur les désordres des uretères et des reins.

M. Desprès. J'ai fait 6 ou 7 opérations de fistules vésico-vaginales sans avoir eu à déplorer des cas de mort ; j'ai vu cependant une

femme, opérée par un de nos collèges, succomber à une péritonite.

Je n'accepte pas le mécanisme par lequel M. Verneuil explique les lésions rénales qu'il a rencontrées sur sa malade, je crois que l'on peut admettre une néphrite parasitaire.

Lorsqu'on examine une fistule vésico-vaginale, on voit que l'air pénètre dans la vessie ; cet air apporte des germes de bactéries qui s'y développent et qui envahissent, par les uretères, le rein.

Dans le cas de M. Verneuil, la fistule était très-ancienne, l'air y pénétrait depuis longtemps, il doit donc y avoir eu développement de bactéries qui ont été le point de départ de ce qu'on a appelé la néphrite parasitaire.

M. Verneuil. Avant de répondre à l'objection de M. Desprès, je veux dire quelle est la conclusion très-nette que je crois pouvoir déduir des faits que je vous ai communiqués. Lorsqu'on se trouve en présence d'une femme chez laquelle on soupçonne des lésions rénales il ne faut pas tenter d'opérations sanglantes.

Quant à l'opinion d'une néphrite d'origine parasitaire, je ne puis l'accepter, car je n'ai nullement besoin de recourir à la présence de parasites pour expliquer les lésions du rein. La néphrite me paraît suffisamment expliquée par l'oblitération et la dilatation des uretères.

Un des arguments les plus catégoriques que l'on puisse opposer au parasitisme est ce qui se passe dans les fistules vésico-vaginales. Jamais on ne rencontrera de lésions rénales chez des femmes dont les fistules vésico-vaginales ont respecté les uretères.

M. Ledentu. Je ne crois pas qu'il soit possible de songer à la néphrite parasitaire, parce que cette forme de néphrite ne se présente nullement avec les lésions que M. Verneuil a rencontrées chez sa malade. La néphrite parasitaire est caractérisée par de petits abcès miliaires développés dans les canalicules.

M. Desprès. Les lésions qui viennent de nous être présentées ne concordent nullement avec celles que l'on trouve chez les individus succombant à des oblitérations des uretères. Au contraire, des lésions de même nature se rencontrent chez des calculeux succombant avec des néphrites que l'on ne peut pas attribuer, dans ces cas, à l'oblitération des uretères.

M. Verneuil. Chez les femmes succombant à un cancer utérin, ayant occasionné une oblitération des uretères, on trouve des reins scléreux.

Je ne vois là qu'un phénomène mécanique, et, si je n'ai pas trouvé de dilatation du rein, cela tient à la résistance du parenchyme rénal.

M. HOUEL. Je ne puis partager l'opinion de M. Verneuil. Lorsqu'il y a oblitération des uretères, la dilatation porte non-seulement sur les uretères mais aussi sur les canaux urinifères, qui, en se dilatant, vont atrophier la substance rénale, aussi ne peut-on pas constater d'albuminurie.

Dans le cas actuel, nous avons le rein de Bright, le rein scléreux, qui est la forme la plus grave. Je crois que ces lésions rénales sont très-anciennes et remontent avant la formation de la fistule.

M. VERNEUIL. L'argumentation de M. Houel peut être vraie, mais je ferai observer que nous n'avons pas là les signes de la maladie de Bright, qui ne s'accompagne pas de périnéphrite. Quel que soit le mécanisme de ces lésions, j'ai voulu, en les mettant en lumière, prévenir les chirurgiens de l'influence qu'elles peuvent présenter dans les résultats opératoires.

(*Séance du* 10 *avril* 1878, *Bull. de la Soc. de chir.*).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 1er *mai* 1878.

Le Dr ROBERT BARNES a montré **deux cas d'effusion de sang dans le péritoine et dans le pelvis.** Dans le premier, une femme de 40 ans, multipare, avait cessé d'être menstruée huit semaines avant sa maladie, qui commençait le soir du 20 avril, à la fin d'une journée fatigante, avec des douleurs dans la région inguinale gauche. L'orifice utérin était fermé, l'utérus mobile. Le lendemain elle mourut. A l'autopsie, en ouvrant l'abdomen on a trouvé les intestins, jusqu'au niveau de l'ombilic, couverts de sang, dont on a ôté 4 livres sous forme liquide et en caillots, tout en en laissant autant dans la cavité péritonéale. Le point de départ de l'hémorrhagie avait été dans le sac d'une grossesse tubaire gauche, près de l'angle de l'utérus.

L'autre cas était celui d'une femme entrée à l'hôpital Saint-Georges, qui présentait une rétroversion de l'utérus s'accompagnant de beaucoup de douleur; à l'examen par le vagin le Dr Barnes trouva le fond de l'utérus très-élargi, fixé sous le sacrum. La réduction ayant été faite, un pessaire de Hodge fut introduit. Quelques jours après, l'état de la malade s'aggrava subitement. Pendant des efforts d'expulsion, le pessaire a été rejeté du vagin. La femme mourut quelques heures après. A l'autopsie, l'utérus était infléchi en arrière et élargi.

Dans le cul-de-sac de Douglas il y avait une quantité énorme de sang, dont une partie était récente et le reste plus ancien. Il y avait beaucoup de sang dans la péritoine. La cavité résultant de la rétroversion de l'utérus était remplie de sang, de caillots et d'une couche fibrineuse. Les trompes de Fallope étaient dilatées, au milieu. A l'extrémité de la trompe droite, il y avait un caillot, gros comme une mandarine. Dans ce cas, la rétroversion avait causé une distension rétrograde des trompes avec hémorrhagie.

Le Dr CORY montra deux spécimens microscopiques de l'utérus d'une femme morte dans les premiers jours de menstruation. Les spécimens montraient que la dissolution de la décidua commence près du col, et se continue jusqu'au fond de l'utérus.

Le Dr BRAXTON HICKS a relaté un cas d'opération césarienne La malade avait souffert pendant deux années, d'un écoulement sanguin et purulent du rectum. Le rectum était circonscrit par des tissus cancéreux. Le septum recto-vaginal consistait en une masse ferme de cancer, qui remplissait le vagin. Le Dr Hicks se décida à faire la section césarienne à peu près huit jours avant le terme de la grossesse; malheureusement la malade fut prise de fièvre en même temps que le travail commenca. Le Dr Hicks fut obligé de faire la section immédiatement. Le placenta était juste au-dessous de l'incision utérine, mais il n'y eut pas d'hémorrhagie. Le vagin était trop obstrué pour qu'il fut possible de faire écouler les eaux par cette voie. Ces eaux sortirent par l'incision utérine. Après la délivrance du fœtus et du

placenta, le Dr Hicks ferma l'incision utérine avec huit sutures en soie phéniquée. Il n'a fait pénétrer les sutures que dans la partie superficielle des parois de l'utérus. La malade mourut vingt-quatre heures après, atteinte de vomissements continuels. L'autopsie a démontré que toutes les sutures avaient sectionné le tissu utérin.

Le Dr Potter lit une note sur un cas de **masse cancéreuse remplissant le vagin et ayant envahi le rectum.** La femme avait 25 ans. Elle devenait de plus en plus maigre, faible et souffrait d'hémorrhagies et vomissements. Aussi le Dr Potter, après sept mois et demi de gestation, crut-il devoir introduir une bougie dans l'utérus pour provoquer le travail. Il a délivré l'enfant vivant vingt heures après l'introduction de la bougie. Quelque temps après l'accouchement, on pratiqua la colotomie, à cause de la masse qui remplissait le rectum; la malade mourut sept jours après cette opération.

Le Dr Cory a lu un cas de **dysménorrhée membraneuse.** La malade, âgée de 45 ans, s'était mariée en 1865; jusqu'à ce moment, ses règles avaient été toujours régulières. Dans les deux premières années de son mariage, elle avorta trois fois. Depuis ces avortements, elle a toujours rejeté des lambeaux membraneux avec les règles. Sous le microscope on a constaté que ces membranes étaient formées par la decidua et par des lambeaux de la muqueuse utérine. A deux reprises, s'étant éloignée de son mari pendant quelque temps, elle cessa de rejeter des membranes au moment de ses règles.

Le Dr Cory pense que ce fait confirme la théorie du Dr Hausmann qui suppose que le rejet de ces membranes dépend d'une imprégnation imparfaite.

M. Tait a communiqué un cas d'**inversion de l'utérus** où il a fait la réduction par des pessaires supportés par des bandes en caoutchouc fixées autour de la taille.

Fancourt Barnes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie, par le Dr NETZEL (*Nordisk Med. Archiv*, janvier 1878). — Nous trouvons dans les *Archives médicales du Nord*, publiées à Stockholm, un intéressant mémoire du Dr Netzel sur les procédés qu'il convient d'employer pour disposer le pédicule dans l'ovariotomie.

Parmi les nombreuses méthodes qui ont été proposées, il n'y en a que trois qui aient été généralement adoptées, savoir : la section par le cautère, la ligature et la fixation dans l'angle inférieur de la plaie. C'est pourquoi l'auteur insiste principalement sur ces trois méthodes, n'ayant presque aucune expérience des autres.

Dans ses premières opérations, il a eu recours à la section par le cautère, puis il a employé le clamp, et ce n'est que dans les derniers temps qu'il a commencé à lier le pédicule avec des fils de soie et à l'abandonner dans la cavité abdominale. Il a employé la cautérisation dans 8 cas, dont 3 ont amené la mort ; dans 47 cas, dont 9 suivis du décès, il a fixé le pédicule dans le clamp ; enfin, dans 10 cas, dont 1 seul a eu une issue funeste, il a lié le pédicule en l'abandonnant dans la cavité abdominale. Pour 2 cas, il n'a pu employer aucune de ces méthodes, parce que la tumeur se trouvait attachée au petit bassin par une large base. Dans ces cas, il a fallu laisser une partie de la tumeur dans la cavité abdominale et la fixer dans l'angle inférieur de la plaie. Ces deux cas ont eu un dénouement fatal.

L'auteur blâme la cautérisation, parce qu'elle offre moins de garantie contre l'hémorrhagie interne consécutive que les autres méthodes, que son exécution demande du temps et que le clamp à cautérisation lui-même est un instrument compliqué, qui ne peut être que difficilement nettoyé d'une façon complètement satisfaisante. Il reconnaît que cette méthode, pour ceux qui l'ont le plus souvent employée, a donné des résultats très-favorables ; mais, pour cela, il voudrait considérer la cautérisation comme un procédé quelque peu arriéré, maintenant que l'on sait que le pédicule peut sans grand

danger être lié avec des fils de soie et abandonné dans la cavité abdominale.

M. Netzel fait ressortir les grands avantages de sa méthode de ligature. L'hémorrhagie consécutive ne doit pas se produire si la ligature est faite avec soin. On n'a guère besoin de redouter l'hémorrhagie par la trompe, à l'époque de la menstruation, ni une reproduction de tumeur sur le moignon du pédicule. L'objection la plus importante contre la méthode est l'irritation inévitable que produisent la ligature et le moignon du pédicule. L'expérience a toutefois prouvé, à l'évidence, que le danger est bien moins grand qu'on ne le croyait; mais la méthode a besoin d'être ultérieurement expérimentée sous ce rapport.

La méthode extra-péritonéale est d'un emploi un peu plus restreint que la précédente, parce qu'elle ne peut être employée avec avantage quand le pédicule manque ou est trop court. La fixation dans l'angle inférieur de la plaie peut occasionner un tiraillement qui, une grossesse survenant, peut incontestablement être génant pour l'opérée. Le danger du détachement du pédicule et de son retirement dans la cavité abdominale, comme aussi celui du tétanos ne sont pas grands, et dans la plupart des cas ces deux accidents dépendent de circonstances qui auraient pu être prévenues. L'on n'a pas non plus grande raison de craindre l'étranglement de l'intestin par le pédicule, et quant à l'hémorrhagie par la trompe, elle n'est pas un bien grand inconvénient. Mais une suite incontestable de la méthode, c'est une plus grande disposition à la formation d'une hernie dans la cicatrice, inconvénient qu'il ne faut pas déprécier. Il faut ajouter que la convalescence devient plus longue, attendu qu'il faut toujours beaucoup de temps pour que la plaie en forme d'entonnoir laissée par le pédicule se cicatrise; cette plaie expose en outre l'opérée à la possibilité d'une infection septique secondaire. L'auteur a eu à déplorer une fois un tel accident.

D'après son opinion, l'on n'est point encore autorisé à proclamer la supériorité de la ligature sur la fixation extérieure. Sans contredit, cette dernière s'est montrée sous presque tous les rapports une méthode excellente, et jusqu'ici elle a été employée dans un plus grand nombre de cas que la première; mais l'expérience acquise déjà sur la ligature est suffisamment rassurante cependant pour que chacun puisse l'employer sans aucun scrupule et amasser ainsi des ma-

tériaux pour la solution de la question. Si de nombreuses expériences viennent confirmer l'opinion avantageuse que dès maintenant on est autorisé à se faire sur la valeur de la méthode, alors la ligature devra certainement être employée dans la plupart des cas, entre autres raisons parce que l'ovariotomie devient par là une opération plus simple et plus facile à faire pour qui que ce soit.

Cependant cette méthode exige au plus haut point le recours aux mesures antiseptiques pendant l'opération. Dans ses opérations, l'auteur a employé le *spray* d'acide borique. Au nombre des cas opérés pendant ce temps, il en cite un où, par la constriction du pédicule, une hémorrhagie considérable avait eu lieu dans la tumeur et une péritonite généralisée s'était produite, puis deux autres où la tumeur était de nature maligne. Dans un de ces cas, des métastases nombreuses ont eu lieu dans l'épiploon et le péritoine. L'issue heureuse qu'ont eue ces accidents graves plaide en faveur de l'acide borique.

L'auteur conseille aussi, dans les opérations graves et quand des matières étrangères sont entrées dans la cavité abdominale, de laver celle-ci en faisant une injection d'acide phénique ou d'acide borique pour la nettoyer aussi complètement que possible.

Nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur les résultats obtenus en Angleterre et en Allemagne par la méthode antiseptique de Lister appliquée à l'ovariotomie.

Dr A. Butaud.

VARIETES

Application du MICROPHONE à l'obstétrique. — L'instrument nouveau destiné à amplifier les sons et les bruits faibles est probablement appelé à rendre des services en obstétrique.

Les bruits *utérins* et *fœtaux* des premiers mois de la grossesse, ceux du liquide amniotique de la délivrance, vont, si l'instrument tient ses promesses, pouvoir être perçus nettement par l'accoucheur.

Commençant aujourd'hui 22 mai 1878, une série d'expériences avec le MICROPHONE, je prends date.

Si les résultats sont intéressants, je me propose de les faire connaître à nos lecteurs. Professeur PAJOT.

De quelques pessaires intra-utérins. — Quoique l'application des pessaires intra-utérins me paraisse devoir être réservée pour des cas rares, je crois trop peu raisonnée et trop absolue la réprobation dont ils sont l'objet dans notre pays.

Il me semble que nous n'avons pas assez lu ce que les auteurs étrangers ont écrit à ce sujet; c'est sans examen et de parti pris que nous les repoussons, sans nous donner la peine, ou sans avoir le courage de les essayer, que nous les rejetons.

Je me propose donc de faire connaître quelques pessaires intra-utérins, employés avec succès à l'étranger par des hommes dont la valeur et l'honnêteté scientifiques ne sont pas discutables.

1° Le pessaire en caoutchouc vulcanisé de Greenhalgh, est déjà connu de nos lecteurs (V. *An. Gyn.*, 1877, t. I, p. 135 et 136, *note*) (1). Le Dr Greenhalgh a fait à cet instrument un petit perfectionnement qui a pour effet de l'alléger et de faciliter l'écoulement les liquides. La plaque qui lui sert de base est perforée de plusieurs trous.

L'auteur espère arriver à les faire fabriquer en caoutchouc pur; il croit qu'ils auront ainsi moins d'odeur; ils auront plus de fermeté.

2° Le professeur Barnes m'a montré, tout dernièrement, un pessaire galvanique, qui est l'objet d'expériences en ce moment, il est constitué par un fil de zinc et un fil de cuivre, enroulés en spirale, soudés ensemble à leur extrémité utérine qui forme un cul-de-sac. Leur extrémité vaginale est fixée dans un gros bouton, moitié zinc et moitié cuivre, qui reste dans le vagin. L'instrument forme ainsi un canal, dans lequel on place une sonde en baleine, très-mince, qui sert à son introduction (2). C'est une modification très-heureuse de celui de Simpson, qui était fait d'une tige inflexible, lourde, terminée par un ovoïde.

---

(1) M. Aubry en fabrique, d'après un échantillon que le Dr Leblond lui a remis, et que je tenais du Dr Greenhalgh.

(2) M. Mariaud en fabrique, d'après un modèle que je lui ai remis.

Il est inutile d'insister sur les inconvénients du poids et de la rigidité d'un instrument destiné à rentrer dans l'utérus. Je n'ai pas trouvé mention de cet instrument dans les *mémoires* de Simpson; j'en ai vu plusieurs dans son service à la *Royal Infirmary* d'Edimbourg, au commencement de l'année 1870 (Simpson est mort le 6 mai 1870). Peut-être ces essais ont-ils été publiés, mais je n'ai rien lu à ce sujet (sauf une allusion : *Obs. Trans.* vol. XV. p. 261).

L'idée d'un pessaire galvanique intra-utérin a été reprise, un peu plus tard, je crois, par Greenhalgh, qui a fait un pessaire *articulé*, duquel je parlerai dans le courant de cet article.

3° Le Dr Meadows, de Londres, a eu l'obligeance de me montrer un pessaire de son invention (1), destiné à redresser les flexions utérines. C'est une tige intra-utérine, en caoutchouc durci, traversée à sa base par une goupille, autour de laquelle elle peut se mouvoir comme les pièces d'une articulation en ginglyme, et fixée ainsi à un pessaire vaginal. Une simple boucle de caoutchouc tend incessamment à la ramener à faire un angle droit avec le fer à cheval; son talon vient buter contre deux petites tiges qui font saillie dans le pessaire vaginal, et l'empêchent de dépasser la limite de l'angle désiré.

Le pessaire vaginal affecte la forme d'un fer à cheval courbé sur le plat, il est fait aussi en vulcanite. Les deux branches de l'*U* qu'il représente portent la goupille qui sert de charnière à la portion intra-utérine de l'appareil.

Pour introduire cet instrument, on insinue une sonde *ad hoc*, (qui ne me paraît pas nécessaire, je l'ai manœuvré avec un simple stylet), dans un canal dont est percé le talon de la tige; le corps de la sonde, portant sur la panse de l'*U*, maintient la tige utérine dans l'axe général de l'instrument, et celle-ci est poussée dans l'utérus, comme tous les pessaires intra-utérins. La sonde étant rétirée, la tige tend à reprendre la situation que lui impose le ressort de caoutchouc, et ramène l'utérus dans la position souhaitée. Le fer à cheval, placé dans un des culs-de-sac, antérieur ou postérieur suivant le cas, sert de point d'appui à la tige, qui reste dans l'utérus.

Cependant, pour éviter la chute de cette tige, le Dr Meadows la fait quelquefois fendre sur toute sa longueur, de sorte que les deux moitiés, ainsi constituées, tendent à diverger, et, faisant ressort contre

(1) M. Mariaud en fabrique, d'après un modèle que je lui ai remis.

les parois utérines, maintiennent l'instrument en place. Nous retrouverons la même idée dans le pessaire du Dr Granville Bantock, et dans celui du Dr Chambers.

4° Le Dr Meadows, frappé de l'inconvénient commun aux pessaires de métal, d'ivoire, d'ébène ou de vulcanite, qui se couvrent de concrétions calcaires, en a fait faire en verre (1), ce qui évite cet inconvénien (2). C'est un simple tube de verre, légèrement effilé à son extrémité interne, terminée à l'autre bout par un renflement circulaire, présentant au niveau du col un sillon assez profond, et assez large pour que le museau de tanche puisse y pénétrer. Je ne puis cependant pas affirmer que Meadows y emboîte le col. Ce sillon, et la forme tubulaire de l'instrument le rendent fort léger.

L'introduction de ce pessaire se fait au moyen d'une tige rigide, recouverte d'un tube en caoutchouc. Ce petit artifice présente le grand avantage que le pessaire fait corps avec la tige, et diminue les chances de rupture. De plus, en allongeant le tube de caoutchouc sur la tige, on l'amincit de façon à lui donner le calibre que nécessite le diamètre intérieur du pessaire. Le Dr Meadows m'a affirmé n'avoir jamais vu un de ces pessaires se briser dans l'utérus.

5° Le Dr Th. Chambers (3) ayant eu à extraire une des branches d'un pessaire en acier de Wright, brisé dans l'utérus, au bout de quinze jours de séjour dans cet organe, en a fait construire en vulcanite. La tige intra-utérine est absolument semblable à celle de Meadows, à branches divergentes; toute la différence consiste dans le mode d'introduction, et dans le renflement extra-utérin.

6° L'extrême minceur des branches du pessaire de Chambers les rendait trop souples; elles subissaient, dit le Dr Granville Bantock (4), la flexion de l'utérus, et ne pouvaient le maintenir dans sa rectitude normale. Aussi a-t-il fait construire un pessaire dont les branches sont en « métal allemand » (c'est un alliage dont je ne connais pas les composants, mais qui paraît devoir être avantageusement remplacé par un métal pur, moins oxydable). Le corps et la tête sont en vulca-

---

(1) M. Mariaud en a fait faire sur un modèle que je lui ai remis au mois de mai dernier.

(2) *Obst. Transact.*, vol. VIII, p. 135.

(3) *Obst. Journ.*, t. I, p. 21

(4) *Obst. Journ.*, t. II, p. 1.

nite. Le poids total de l'instrument est de 3 grammes. Les branches sont d'une longueur inégale ; leur extrémité profonde est percée d'un trou, qui sert au passage de la sonde introductrice. Pour les introduire dans l'utérus, on les rapproche, et on passe la tige introductrice dans le pessaire, jusqu'à ce que son extrémité traverse les trous des deux branches, qui sont ainsi réunies, la plus longue recouvre alors l'autre. Quand on retire la tige, les branches divergent.

Greenhalgh a fait construire un pessaire galvanique composé d'anneaux alternativement en cuivre et en zinc articulés, pour leur donner de la mobilité. Le dernier anneau est percé de deux fenêtres qui se font face, et sont destinées à laisser passer deux petites pointes, qui viennent se fixer dans le col, et maintenir le pessaire, dont le poids, sans cela, l'entraînerait au-dehors. Ces deux pointes, sont la terminaison d'un petit ressort en U, dont le corps s'engage dans une rainure de la tige introductrice. Quand on retire celle-ci, les pointes abandonnées à l'élasticité du ressort, viennent se fixer dans le col. Il est terminé par une plaque galvanique, qui reste dans le vagin. Je ne connais qu'un cas où ce pessaire ait été appliqué ; la malade, stérile jusque-là, est devenue enceinte.

Pour terminer, cet article, qui n'a aucune prétention à autre chose qu'à être l'indication d'un moyen peut-être trop méprisé ou trop calomnié, je signalerai l'intéressante discussion qui a eu lieu, le 2 mai 1877, à la Société obstétricale de Londres, au sujet des pessaires intra-utérins; cette discussion a eu son origine dans la présentation d'un pessaire intra-utérin, avec support extérieur, par le Dr Braitwaite (V. *Obst. Journ.*, t. V, p. 192). Le lecteur y verra les arguments pour et contre les pessaires intra-utérins, exposés mieux que je ne pourrais le faire, dans les limites que je me suis imposées pour cette note.

Dr. CORDES.

Opération césarienne post-mortem. — Nous lisons dans le *Progrès médical* la lette suivante que nous croyons intéressant de reproduire, en ce que l'auteur y rappelle des faits trop oubliés et qui auraient dû être vulgarisés.

A Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical.*

Mon cher confrère,

Une opération a été pratiquée à Champoly, par un charcutier, à l'instigation d'un prêtre, sur une femme enceinte morte ou supposée morte, dans le but d'administrer le baptême à l'enfant.

L'émotion très-vive causée par cette nouvelle n'est point encore calmée. La presse politique s'est emparée fiévreusement de la question et des journalistes sont allés, dans leur ardeur, jusqu'à lire des *Traités d'embryologie sacrée.* Ils en ont extrait des conseils donnés par les théologiens aux médecins et aux accoucheuses. Ces conseils nous intéressent trop directement pour que nous n'ayons pas le droit et le devoir d'examiner ce qu'ils valent :

« Les curés et les confesseurs doivent montrer aux médecins et aux accoucheuses la nécessité et l'obligation grave de faire l'opération césarienne sur le cadavre d'une femme morte et cela le plus tôt possible... Souvent, il est très-difficile d'acquérir la certitude que la femme est réellement morte. »

Ces conseils sont-ils les meilleurs qu'on puisse donner? Les plus propres à sauvegarder les intérêts de l'enfant, les intérêts de la mère, les intérêts du clergé lui-même? Il y a tantôt quarante ans que Rizzoli, et d'autres médecins italiens, allemands et belges, ont rappelé qu'au moment de la mort, pendant les heures d'agonie qui la précèdent, chez les femmes à terme ou près d'y arriver, le travail de l'accouchement commence souvent et parfois s'achève : ils ont montré qu'en dehors de tout travail commencé, il y a relâchement tel des sphincters, que les orifices du col se laissent dilater et franchir sans grande violence, sans autre instrument que la main, en ayant soin d'introduire les doigts un à un et lentement. On peut donc, dans ces conditions, faire franchir à la main l'orifice, s'ouvrir rapidement un passage suffisant pour aller chercher les pieds de l'enfant et l'extraire par les voies naturelles.

Les faits publiés par les médecins italiens sont assez nombreux pour qu'on soit en droit d'affirmer qu'il est possible d'agir ainsi dans le plus grand nombre des cas. En 1855, pendant une épidémie de choléra, Rizzoli et d'autres accoucheurs purent apprécier les avantages

de cette méthode. Ils retirèrent sans difficulté, par les voies naturelles, chez des femmes arrivées près du terme de la grossesse, des enfants vivants.

Dans trois cas d'éclampsie, les Drs Golinelli, Rivani et Finizzio, appelés pour faire l'opération césarienne, ont, en suivant les conseils de Rizzoli, retiré des enfants vivants, et les mères, qui n'étaient qu'en état de mort apparente, ont guéri.

On comprend, du reste, qu'il n'est pas besoin d'attendre le dernier soupir de la patiente comme dans l'opération césarienne. On peut exécuter l'opération presque aussi facilement pendant l'agonie, comme l'a prouvé le Dr Esterlé (de Florence). Ne semble-t-il pas que cette méthode doive être conseillée :

1° Dans l'intérêt de l'enfant, puisqu'elle peut être mise à exécution avant la mort de la mère, alors que la circulation maternelle persiste encore, ce qui donne de plus grandes chances de retirer un enfant non-seulement vivant, mais viable?

2° Dans l'intérêt de la mère, car si, comme cela est arrivé et arrive quelquefois, la patiente n'est pas morte, mais se trouve dans un état de mort apparente, le léger traumatisme fait pour dilater et franchir le col, ne peut mettre aucun obstacle à sa guérison?

3° Les théologiens ne devraient-ils pas la conseiller dans leur propre intérêt? Ils éviteraient peut-être que des prêtres trop zélés ne fissent ouvrir le ventre de femmes vivantes, à coups de tranchets ou de rasoirs, par des cordonniers ou des égorgeurs de porcs, ce qui ne paraît pas leur attirer beaucoup les sympathies du public.

Si la question n'est pas entièrement résolue, elle a été posée de telle façon par les médecins italiens, appuyée sur de tels faits, qu'on ne peut que regretter qu'elle ait été si froidement accueillie par l'école française, et qu'il est à désirer qu'elle soit étudiée à nouveau, et, s'il y a lieu, que la méthode de Rizzoli soit vulgarisée.

Recevez, etc....

Dr A. Thevenot.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME VII

Janvier à Juin 1878.

A

B

C

D

FIN DE LA TABLE

Paris — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince 31.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME X.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris........................	18	francs.
Pour les départements...........	20	
Pour l'Europe.....................	21	—
Pour les États-Unis d'Amérique....	23	—
Pour les autres parties du monde.	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, rédacteur en chef, 9, rue de Mulhouse, ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteur en chef

Dr A. LEBLOND

TOME X

Contenant des travaux de MM.

BYRNE, COURTY, DELORE, DE SINETY, GALLARD, LIZÉ,
[illegible]AUD, MARTIN (Aimé), PILAT, PINARD, PORAK, PUECH, THÉVENOT
THOMAS (Gaillard).

1878

(2e SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

—

1878

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agrégé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CHÉRON, médecin de la prison de St-Lazare.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hopitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPUY (L.-E.), ménecin de l'hôpital de Saint-Denis.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hop. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABARRAQUE (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin adjoint de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biologie.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), médecin de l'Hôtel-Dieu de Nimes.
RAYNAUD (Maurice), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. Lariboisière.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.
WORMS, méd. en chef de l'hôp. de Rothschild.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA GROSSESSE DE L'OVAIRE

Par le Dr Albert Puech,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes,
Lauréat de l'Académie de médecine (prix Huguier).

Parmi les diverses variétés de grossesse extra-utérine, il n'en est pas qui ait eu une fortune plus diverse que la variété ovarique. Son existence, après avoir été admise un peu trop légèrement par les uns, a été un peu plus tard énergiquement contestée par les autres. Bien que les faits recueillis depuis quelques années contredisent l'opinion de ces derniers, on doit leur savoir gré de leur scepticisme. Grâce à leur autorité et à la force de leur négation, les faits cités comme exemples de grossesse ovarique ont été soumis à une révision scrupuleuse, et si aujourd'hui on est fondé à admettre l'existence indubitable

de cette variété, on est, par une suite nécessaire, amené à en dénoncer l'extrême rareté.

Ce n'est pas que de nombreuses relations ne portent cette étiquette; mais, si l'on prend la peine de les lire et surtout de les soumettre à une critique soignée, on ne tarde pas à s'apercevoir que bien peu méritent à bon droit cette qualification. Nos prédécesseurs n'avaient pas été élevés à l'école du réalisme et ne se conformaient pas toujours aux lois rigoureuses de l'observation : ils se laissaient trop souvent séduire par les apparences, et ont inscrit sous la dénomination de grossesse de l'ovaire des exemples avérés de kyste dermoïde de cet organe. D'autres fois, il existait bien réellement une grossesse extra-utérine, mais l'existence de la trompe sur la tumeur, la dilatation de son extrémité externe et la part qu'elle prenait à la formation du kyste fœtal autorisaient le lecteur à lui donner une autre dénomination. Est-il besoin de l'ajouter? Ces mécomptes, que j'ai éprouvés bien des fois lors de mes recherches sur la question (1), expliquent la négation qui a été faite de la grossesse ovarique.

Pour ne point étendre démesurément ce travail, je vais, sans autre préambule, donner la relation de l'observation qui m'est personnelle et grouper autour d'elle celles qui sont venues à ma connaissance. Sobre de raisonnements, je laisserai surtout la parole aux faits, limitant mon apport aux quelques réflexions qu'ils pourront motiver. Je ne chercherai point à être complet, mais je tendrai à écrire sur des bases positives l'histoire jusqu'à présent controversée de cette grossesse.

I

De toutes les observations jusqu'à présent connues, celle que j'ai recueillie, il y a une vingtaine d'années, offre les lésions les plus simples; aussi elle a paru à ce titre devoir être placée

---

(1) V. Courty. *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1866. p. 994.

au seuil de ce travail. Elle en est du reste le véritable point de départ; elle a l'avantage de montrer les premières modifications qu'amène dans la constitution de l'ovaire l'existence du produit de la conception. C'est dans cette circonstance que réside son intérêt et c'est ce qui explique les détails minutieux dans lesquels j'ai cru devoir entrer.

Observation I. — *Grossesse constatée sur l'ovaire gauche d'une femme assassinée par son mari.*

Une femme d'une trentaine d'années, d'origine piémontaise, demeurant à Toulon au faubourg du Pont-de-Las, surprise par son mari, alors qu'elle était enfermée dans l'appartement conjugal avec son amant, fut frappée d'un coup de couteau au niveau du sein gauche. Quoique le cœur gauche, la cloison interventriculaire, le cœur droit, le diaphragme, le foie, etc., eussent été tour à tour perforés, elle eut encore la force de descendre les escaliers et d'appeler au secours, avant de tomber morte dans la rue.

L'autopsie médico-légale faite au cimetière 9 heures après la mort, sous la direction de M. le Dr Bourgare, alors second chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulon, permit de constater une masse de particularités que nous sommes obligé de taire pour ne pas donner trop d'étendue à cette relation. Nous nous bornerons à extraire de nos notes ce qui concerne les organes génitaux internes, qui avaient été détachés pour être étudiés à loisir; pourtant, avant d'aborder leur description, nous dirons que les seins étaient durs, volumineux et que la pression de la glande mammaire amenait la sortie d'une goutte de liquide séreux. Des vergetures existaient seulement à la partie supérieure de la cuisse droite; on n'en constatait pas sur la peau de l'abdomen. Le col était déformé comme chez les femmes qui ont engendré. La matrice, assez volumineuse, était exsangue à la coupe et la muqueuse en était blanc de lait. Quant à la cavité pelvienne, elle présentait des adhérences nombreuses, les unes larges et les autres fibrillaires, qui, partant soit du fond de l'utérus, soit des annexes, fixaient ces organes au rectum et au voisinage. En un mot, on avait sous les yeux les reliquats d'une métro-péritonite qui avait dû être très-sérieuse.

Venons maintenant à l'étude des annexes dont la manière d'être

nous intéresse davantage. A droite, la trompe de Fallope est immobilisée par une foule d'adhérences : par suite de celles-ci, son pavillon est complètement oblitéré; on dirait un cordon blanchâtre.

L'ovaire correspondant, très-volumineux, est long de 58mm, haut de 42 et épais de 38; c'est, pour le dire en passant, l'organe le plus volumineux dont j'ai relevé les mensurations. Il est couvert de mamelons, de cicatrices profondes et offre, outre de petites vésicules de Graaf, un *beau corps jaune* ayant 18 millimètres dans son plus grand diamètre. N'était la grossesse existant sur l'autre ovaire, on serait porté à croire que la dernière menstruation a eu lieu il y a une huitaine de jours, mais vu l'existence de celle-ci, on est autorisé à penser qu'à la dernière époque menstruelle il y a eu rupture simultanée de deux vésicules et que la conception advenue au sein de l'une d'elles a empêché l'évolution régressive de ce corps jaune. C'est là, à mon avis, la seule explication plausible, car je ne saurais m'associer à la manière de voir de ceux qui prétendent que l'ovulation continue à s'effectuer pendant la durée de la grossesse.

Les lésions rencontrées du côté gauche sont beaucoup plus importantes; aussi elles nous arrêteront plus longuement.

La trompe gauche est, comme sa congénère, fixée en arrière de l'ovaire et couverte d'adhérences, mais elle est cependant restée perméable. Le pavillon en est fermé, mais il n'est pas complètement oblitéré et admet un stylet. Sa cavité renferme un liquide blanchâtre, sale, sans odeur particulière, qui devient laiteux près de l'utérus.

Le bulbe de l'ovaire est très-marqué et les vaisseaux du plexus pampiniforme ont le volume d'une plume de corbeau.

Quant à l'ovaire, tout en étant moins volumineux que celui du côté droit, il a encore de belles dimensions, puisqu'il a 46 millimètres en longueur, 26 en hauteur et 18 en épaisseur. Dans son milieu, on relève des cicatrices multipliées, des mamelons et des dépressions concomitantes. Aux deux extrémités existent des vésicules de de Graaf plus ou moins développées et, partant, de volume variable (la plus volumineuse mesure 8mm de diamètre), mais ce qui frappe l'observateur c'est un corps arrondi qui se trouve à l'extrémité externe de l'ovaire.

Cette tumeur a le volume d'une grosse cerise; son plus grand diamètre, qui est oblique de dedans en dehors et de haut en bas, mesure 20mm, tandis que son plus petit diamètre a seulement 12mm.

On peut distinguer dans cette tumeur ovarienne une enveloppe et un contenu. L'enveloppe, qui est fine, transparente, de la nature des séreuses, est parcourue en divers sens par des vaisseaux veineux finement réticulés. Dans le sens de son diamètre transversal, il y a même une veine assez considérable qui est vide. En arrière, on note dans un point grand comme une lentille une coloration violacée; tout à côté, l'enveloppe s'épaissit et prend une coloration blanc de lait. Enfin, pour terminer, disons qu'à travers cette membrane, translucide dans la plus grande partie de son étendue, on aperçoit une substance jaune, graisseuse, à laquelle les divers vaisseaux signalés antérieurement donnent un aspect fragmenté.

Lorsqu'on ouvre l'enveloppe avec des ciseaux déliés on tombe sur une masse de coloration violet foncé, laquelle présente en certains points des villosités rappelant assez bien les houppes du chorion à l'état naissant. Au fur et à mesure que l'on procède à cette dissection, il s'écoule quelques gouttes de sérosité sale. Au niveau des points épaissis de l'enveloppe on arrive presque immédiatement sur cette masse; dans les autres, il faut la séparer de la couche jaune déjà signalée, laquelle a environ un demi-millimètre d'épaisseur. Lorsqu'on effectue cette séparation avec le dos du scalpel, un liquide séreux légèrement sanguinolent vient tacher l'instrument. Cette séparation est, au reste, excessivement facile, et se fait en certains endroits en quelque sorte d'elle-même, grâce à la couche de sérosité trouble interposée entre la masse et l'enveloppe.

L'enveloppe est doublée intérieurement par un tissu vasculaire rappelant assez fidèlement les villosités du chorion. A la base, on les voit partir et décrire des flexuosités plus ou moins prononcées; de là, elles se réfléchissent sur la masse ou mieux sur le mamelon, dont elles forment un des éléments constitutifs essentiels. Au point correspondant au pédicule, à l'endroit où le mamelon adhère à l'ovaire, existent des vaisseaux plus ou moins volumineux qui s'irradient aux alentours, en avant et en arrière du mamelon. A sa partie la plus interne comme à sa partie la plus externe, on note deux gros vaisseaux noirâtres; dans les autres points, au contraire, il y a des vaisseaux d'un rouge vif distribués à toute la surface du mamelon. En conséquence, il résulte avec la plus grande évidence que les houppes siégeant sur la paroi d'enveloppe, commes celles revêtant la surface extérieure du mamelon, ont une seule et même origine, et émanent des vaisseaux formant pédicule.

Quant au mamelon, il est hémisphérique ou encore semi-ellipsoïde; il a 10mm dans son diamètre transverse, et 9mm dans son diamètre longitudinal; son aspect est rougeâtre, mais cette coloration n'est point uniforme, et elle est plus ou moins prononcée, suivant les points examinés. Des anfractuosités, des plis plus ou moins saillants le parcourent en divers sens; plongé dans l'eau on aperçoit d'une façon plus nette les villosités qui le couvrent. Incisé par le milieu avec des ciseaux à cataracte, on constate qu'il n'est point plein, mais creusé d'une cavité distendue par de la sérosité claire. Au milieu de cette cavité est un petit corps vermiforme, long d'à peu près 1mm, pointu à une de ses extrémités, tandis que l'autre est sensiblement renflée. Examiné avec une forte loupe, on constate qu'il est recourbé vers le milieu, et décrit une concavité assez prononcée en avant. Une membrane excessivement fine lui forme enveloppe et sert à le fixer au chorion présumé.

D'après cette description dont j'ai reproduit les principaux détails, j'inclinai à penser que c'était là une grossesse ovarique à son début; mais, pour donner plus de certitude à ce diagnostic, je suspendis là ma dissection et profitai d'un voyage à Montpellier pour soumettre cette pièce curieuse et excessivement intéressante à l'examen de mon maître et ami M. le professeur Courty. Malheureusement, la pièce avait dû macérer dans l'alcool et avait souffert dans le voyage, toutes circonstances qui nuisirent à la dissection complémentaire et à la détermination de ce petit corps vermiforme. Voici néanmoins les particularités relevées à l'aide du microscope et de la dissection.

« Le mamelon, après séjour prolongé dans l'alcool, avait, avec une couleur jaune fauve clair, un aspect tuyauté qui, en certains points, simulait les cannelures des coiffes, alors que dans d'autres, il existe des houppes villeuses qui flottent dans le liquide.

« La cavité présumée allantoïdienne est anfractueuse, sillonnée de dépressions dirigées en divers sens et creusées d'une façon excessivement irrégulière; la paroi interne est lisse, du reste, et n'offre point les houppes villeuses signalées au dehors.

« Si l'on détache complètement le mamelon villeux de la cavité vésiculaire, on constate un creux servant de réceptacle et ayant sur-

tout dans le fond un revêtement villeux très-délié. La partie superficielle de l'enveloppe présentait, ainsi que je l'ai noté plus haut, un parcours blanchâtre à direction longitudinale. Cette coloration et cette direction semblent indiquer le point de cicatrisation de la membrane vésiculaire précédemment rompue, et son amincissement autorise en même temps à penser que la cicatrice a subi une distension progressive. »

Tout en regrettant que la description anatomo-pathologique ne soit pas plus complète, il me paraît qu'on ne saurait trouver une observation moins sujette à controverse et partant plus démonstrative. La grossesse est, il est vrai, à son début, mais elle n'en reste pas moins avérée. Sans doute, l'ovaire est sujet à de nombreuses altérations; sans doute, le corps jaune est lui-même sujet à des dégénérescences particulières bien décrites par Rokitansky, mais on n'en connaît pas qui aient pour conséquence de produire une organisation semblable. La conception amène seule de semblables transformations dans les tissus, et c'est par suite elle qui doit être mise en avant pour expliquer les altérations singulières présentées par cet ovaire. En un mot, c'est là un exemple de grossesse ovarique à son début.

Le cas eût-il été aussi net si la grossesse, au lieu d'être ovulaire, eût été fœtale? Il est permis d'en douter; mais pourtant il est loisible de croire que, nonobstant les modifications apportées par le développement du produit de la conception, on eût rencontré à l'autopsie des indices suffisants pour préciser le siége primordial de la grossesse. Ces indices, purement cadavériques, — car jusqu'à présent on n'a aucune donnée pour établir le diagnostic sur le vivant, — seraient, d'après un travail récent de Cohnstein (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 367), 1° l'absence de l'ovaire correspondant; 2° l'adhérence du sac fœtal avec la matrice au moyen du ligament de l'ovaire allongé et épaissi; 3° l'enveloppement du sac par les deux feuillets du ligament large; 4° la constitution lamineuse de l'enveloppe, l'épithélium cylindrique de la surface interne et l'existence de la tunique albuginée sur les parois du sac; 5° enfin, dans le voisinage im-

médiat de la cavité ovulaire, les éléments essentiels du tissu ovarien. Si, avec le professeur Spiegelberg, nous admettons comme signes pathognomiques de cette grossesse la dernière et les deux premières conclusions, nous nous associons sans réserve aux critiques qu'il porte contre les deux autres. Leur invraisemblance saute aux yeux et leur bien fondé ne saurait logiquement être soutenu. En fin de compte, un ovaire devenu le siége d'une grossesse est tout à fait comparable à un kyste, et personne n'a vu ce dernier enveloppé par les deux feuillets du ligament large; quant à la constitution lamineuse des enveloppes, elle peut exister dans les diverses espèces de grossesse extra-utérine et ne saurait partant être caractéristique; enfin l'épithélium cylindrique de la surface interne peut être détruit par le développement ultérieur de l'œuf et du placenta.

En résumé, l'absence de l'ovaire correspondant, l'union du kyste fœtal à la matrice par le ligament ovarien, la présence des tissus ovariens dans la paroi du kyste, l'intégrité de la trompe de Fallope correspondante, sont les caractères anatomiques de la grossesse ovarienne.

L'intégrité de la trompe n'est pas cependant une condition absolue, car on conçoit que cet organe puisse être rencontré altéré, mais la condition *sine qua non*, celle à laquelle tout anatomo-pathologiste doit tenir, c'est sa non-participation au kyste fœtal. On comprend qu'à la rigueur la trompe puisse être fixée au devant du sac, mais elle ne doit pas concourir à sa formation par son extrémité abdominale, comme dans le cas de Raymond (*Ann. de Gynécologie*, t. II, p. 67). Elle peut être trouvée aplatie, allongée, adhérente, comme cela est commun dans les tumeurs volumineuses de l'ovaire, mais elle doit avoir son extrémité abdominale reconnaissable à ses franges. En d'autres termes, absolue au début de la grossesse, l'intégrité de la trompe deviendrait fictive à la fin de la gestation, puisque cet organe est alors modifié en longueur, en épaisseur et accolé aux parois de la tumeur, tout en restant étranger à la constitution du kyste fœtal.

II

Schrœder, qui a puissamment contribué à restituer à la grossesse ovarienne la place à laquelle elle a des droits certains, en voulant réagir contre l'opinion généralement accréditée, est tombé à son tour dans l'exagération. « Nous croyons, écrit-il, avoir des raisons pour la considérer comme plus fréquente qu'on ne l'admet généralement, et, d'accord avec Keller, nous admettons qu'un grand nombre de cas que l'on a décrits comme étant des grossesses abdominales sont en réalité des grossesses ovariques. » Il ajoute un peu plus loin : « L'existence réelle de ces grossesses est prouvée avec évidence et certitude par les observations de Willigk et de Hein. Il n'est pas non plus facile de contester les faits de Martyn (*London Obst. Tr.*, t. XI, p. 57), Gusserow (*Berl. Klin. Woch.*, 1869, n° 34), de Kiwisch (*Wurzb. Verhandl.*, t. I, p. 99), Hecker (*Mon. f. Geburtsk.*, t. XIII, p. 84), et Wright (*Med. Times*, 9 janvier 1869, p. 34). Le cas publié par Perry (*Gynæk. Journ. of Boston*, t. I, p. 140) est décrit trop incomplètement pour qu'on puisse le juger. On trouve encore de vieilles observations aussi convaincantes dans Campbell. Le cas de Virchow n'est pas une vraie grossesse ovarique, mais un cas de grossesse abdominale avec insertion de l'œuf sur l'ovaire. »

Je poursuis la citation, car elle est instructive à tous les points de vue. « En dehors de ces cas, on trouve encore dans les livres quelques cas indiqués comme grossesses abdominales qui, d'après nous, rentrent dans les grossesses ovariques. Ce qui nous fait penser ainsi, c'est l'observation décrite par Schwenninger, de Munich ; pendant la vie et à l'autopsie, elle semblait être un cas de grossesse abdominale, et pourtant elle était un cas de grossesse ovarique, ainsi que l'a démontré un examen plus exact. Comme cas analogues où nous croyons que le sac fœtal était bien formé par l'ovaire, nous admettons ceux de Weber (*Wiener med. Press.*, 1867, n° 50), Dreesen (*Mon. f. Geb.*,

t. XXXI, p. 210), Hecker (*Id.*, t. XIII, p. 119), Eckhardt (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 1864, n° 41), Hall Davis (*London Obst. Tr.*, t. XIII, p. 331) et Krohn. »

Je l'avoue, alors que je pris connaissance de ce passage du *Manuel* de Schrœder, je fus fortement impressionné par cet étalage d'érudition, mais ayant eu la curiosité de recourir aux sources, quel ne fut pas mon étonnement de voir que la révision n'avait pas été faite aussi soigneusement qu'elle eût mérité de l'être. Sans vouloir m'attarder à discuter tous ces faits, je me bornerai à remarquer que, dans un travail récent, Spiegelberg n'a pas hésité à élaguer la moitié des observations et notamment le cas de Dreesen dont Schrœder avait donné le dessin à titre de spécimen.

Les faits restants, quoiqu'en apparence plus motivés dans leur étiquette, ne sont pas cependant tous irréprochables, et les critiques rappelés ci-dessus autorisent à en mettre quelques-uns en quarantaine. Que le lecteur veuille bien méditer la relation suivante, et j'ai l'intime conviction qu'il partagera ma manière de voir. Pour abréger, j'ai résumé l'observation dans sa première partie, tandis que je l'ai traduite mot pour mot en ce qui concerne le point en litige.

Observation II.

Une femme de 28 ans, ayant eu trois ans avant un accouchement facile et des suites tout à fait normales, devint enceinte une seconde fois. Pendant les trois premiers mois la grossesse fut bonne, mais peu après elle éprouva de la dysurie pour laquelle elle fut infructueusement sondée. Comme elle éprouvait de violentes douleurs dans la région vésicale, un médecin appelé tenta la réduction de l'utérus soi-disant rétroversé, mais dix minutes après ces tentatives, la femme tomba dans un collapsus suivi de mort une demi-heure après. A l'autopsie, qui dut être faite vite et dans de mauvaises conditions, on trouva 4 à 5 livres de sang coagulé dans la cavité abdominale, l'utérus vide, quoique hypertrophié et tapissé par une véritable caduque. Derrière cet organe, incliné en avant, était un kyste

qui fut détaché, à dire vrai, sans avoir égard à ses moyens de connexion avec l'utérus qui fut laissé en place.

Ce kyste, du volume de la tête d'un enfant de 2 ans, avait une enveloppe assez mince et offrait dans son aspect une grande ressemblance avec une hydropisie de l'ovaire; en un point, il offrait une large crevasse et contenait un fœtus de 18 à 20 semaines dont le cordon sortait par la crevasse et était dépourvu du placenta resté vraisemblablement dans l'abdomen. On ne put découvrir rien qui se rapportât à la trompe, et le diagnostic serait resté incertain si à la partie inférieure du kyste on n'eût trouvé une tumeur qui fut parfaitement reconnue pour l'ovaire; elle avait, en effet, le volume, la manière d'être, la forme aplatie et sillonnée et renfermait des follicules de Graaf, tout à fait évidents. Ces particularités démontraient que le kyste fœtal était en rapport avec un ovaire mais ne nous disaient pas la nature de ces rapports, c'est-à-dire si les connexions étaient primitives ou consécutives. Les incertitudes à cet égard ne furent pas de longue durée; non-seulement on ne put effectuer la séparation des deux tissus, circonstance qui eût dû être possible dans un cas relativement aussi récent, mais encore on vit les enveloppes du corps présumé ovarien se continuer directement sur la paroi du kyste et, partant, on put considérer ce dernier comme une extension de la paroi du premier. En conséquence, on fut amené à conclure qu'il « s'agissait d'une grossesse ovarienne, conclusion qui, je le répète, à raison de l'examen incomplet de la pièce, a seulement une valeur subjective » (Hecker. *Mon. f. Geburtsk*, t. XIII, p. 84 à 86).

Mes réserves à l'égard de l'observation suivante seront moins motivées, car je n'ai point eu l'original sous les yeux; mais si l'on tient pour exact le résumé qui en a été traduit, elles ne sont pas sans avoir quelque sérieux fondement. Cette observation, recueillie à la Clinique de Zurich, sous les yeux de Gusserow, est tantôt désignée sous le nom de ce professeur, tantôt sous celui de Hess qui en a fait l'objet de sa thèse inaugurale. Avant de la relater, je fais expressément cette remarque afin d'éviter une confusion regrettable dans l'esprit du lecteur.

Observation III.

Une femme, enceinte pour la troisième fois, entra le 4 juin 1869 à la Maternité de Zurich. A la suite d'un examen minutieux et plusieurs fois répété, de la perception des mouvements fœtaux, alors que la sonde introduite dans l'utérus en faisait constater la vacuité, Gusserow diagnostiqua une grossesse extra-utérine.

La mort survenue le 5 août permit de vérifier le diagnostic.

L'abdomen renferme une tumeur bleuâtre, plus grosse que la tête d'un adulte, parcourue par de nombreux vaisseaux et adhérente en arrière avec le rectum, la paroi postérieure du fond du vagin et du col de l'utérus. Le corps de l'utérus est mobile en avant.

La paroi du sac fœtal est par places fongueuse, par places membraneuse. A l'incision, il en jaillit du sang en quantité, coagulé le plus souvent. Les vaisseaux sanguins s'abouchent avec les vaisseaux du voisinage, avec ceux du rectum, etc., etc. En certains endroits, ils sont thrombosés par des houppes choriales, adhérentes et visibles au microscope.

Le fœtus a de 7 à 8 mois; les eaux de l'amnios sont peu abondantes. Le cordon inséré à la paroi antérieure du sac a 32 centimètres de longueur. Quant à l'utérus il a le volume qui lui est propre au troisième mois de la grossesse. L'épaisseur des parois atteint au maximum 35 millimètres. La cavité de l'utérus a 10 centimètres. Une caduque ne put être démontrée; elle a dû vraisemblablement se détacher pendant la vie.

On peut reconnaître d'une façon évidente l'ovaire droit sur lequel la tumeur est fixée; quant à la trompe correspondante, elle est normalement canaliculée et peut être suivie jusqu'à l'ovaire.

L'ovaire gauche ne peut être retrouvé : quant au dernier tiers de la trompe correspondante, il se perd sur le sac fœtal et y adhère. (Hess., *Mon. f. Geburtsk.*, t. XXXIV, p. 240.)

Quelque instructive que soit cette revue critique, on s'abstiendra de la poursuivre. Au reste, les remarques qui précèdent suffisent à établir le bien fondé de ma thèse; si elles démontrent l'existence de la grossesse ovarienne, elles concourent en même temps à prouver son extrême rareté.

III

La rareté du phénomène trouve son explication dans les conditions particulières qui en préparent la genèse. Pour que la conception puisse avoir lieu sur l'ovaire, deux conditions sont en effet indispensables : 1° la progression des spermatozoaires jusqu'en cet endroit ; 2° la fixation de l'ovule au sein de l'ovisac ouvert.

Ces conditions, tout en étant également nécessaires, ne sont pas d'égale compréhension. Tandis que la première est facile à saisir, vu l'extrême mobilité des animalcules et leur étonnante faculté de locomotion, la seconde semble contredite par la faculté qu'a l'ovule à quitter la vésicule aussitôt après sa déhiscence. Pour le dire en passant, c'était là un argument qu'on a fait valoir contre la possibilité de cette grossesse, et c'est là encore aujourd'hui la seule explication qui puisse être donnée de son extrême rareté.

Quant aux causes qui produisent ce renversement des lois physiologiques, elles sont tout à fait inconnues. On en est réduit à supposer que l'expulsion de l'ovule a rencontré un obstacle imprévu, mais on est impuissant à déterminer les causes qui ont concouru à le faire naître. Tandis que dans les autres variétés de grossesse extra-utérine il est à la rigueur possible de trouver dans les antécédents de la femme une explication quelconque du phénomène anormal, rien ne met ici sur la voie d'une hypothèse plausible. On peut présumer tout au plus qu'il y a eu adhérence de l'ovule aux parois de l'ovisac, ou bien fermeture prématurée de la vésicule, mais on ne saurait préciser les conditions qui amènent l'une ou l'autre éventualité.

Suivant que l'une ou l'autre éventualité s'est produite, on a un développement tout à fait différent. Si le follicule de de Graaf reste ouvert, l'œuf, au fur et à mesure qu'il grossit, s'accroît en faisant saillie à travers l'ouverture non cicatrisée. Tout en restant fidèle à son point de départ et ayant conservé son in-

sertion à l'intérieur de l'ovaire, il tend à devenir de plus en plus intra-péritonéal, et, se développant presque exclusivement dans cette direction, présente au dehors de cet organe la plus grande partie du sac fœtal.

Observation IV.

Une femme de 40 ans, ayant eu trois enfants, le dernier il y a trois ans, fut fécondée le 31 janvier 1857, pendant l'écoulement menstruel. Le lendemain, elle se mit en route pour un long et pénible voyage pendant lequel elle souffrit du bas-ventre au point d'être obligée d'y porter la main. A partir de ce moment, les règles n'ont plus reparu, mais les douleurs dans le bas-ventre, les reins et la région inguinale droite persistent presque sans interruption. Au commencement de mai elles acquièrent une telle intensité que Walter, professeur à l'Université de Dorpat, fut appelé. Il diagnostiqua la grossesse et combattit avec succès les symptômes de péritonite. La fin mai et le mois de juin dans lequel se montrèrent les mouvements de l'enfant se passèrent bien, mais à la fin de juillet les douleurs reparurent et, après des alternatives diverses, amenèrent la mort le 31 octobre.

De l'autopsie racontée dans les plus grands détails et complétée par trois belles planches, il ressort que l'ovaire droit a été le siége primitif de la grossesse, mais qu'au commencement du quatrième mois les enveloppes s'étant rompues, le fœtus et le liquide amniotique sont passés dans la cavité péritonéale. Cette rupture n'ayant porté que sur les enveloppes et non sur l'ovaire, il ne survint aucune hémorrhagie, et la femme et le fœtus survécurent à cet accident. Pourtant il ne fut pas sans amener des conséquences; il provoqua une péritonite qui nécessita un traitement médical. Le fœtus continua à se développer jusqu'à ce que la répétition de nouveaux accidents eût amené sa mort et un peu plus tard la mort de la mère.

Quant au siége primitif de la grossesse, il est mis hors de doute par le résultat de l'examen cadavérique. L'ovaire droit, encore uni à l'utérus par son ligament propre doublé d'épaisseur, contient dans son intérieur une cavité revêtue du placenta et de laquelle sortent le chorion et l'amnios déchirés. L'ovaire ainsi transformé n'a du reste aucune connexion avec les parties voisines et notamment avec l'ostium abdominal de la trompe correspondante. Le chorion et l'amnios

se laissent détacher à l'intérieur de la cavité avec la plus grande facilité jusqu'à l'insertion des vaisseaux ombilicaux, et dans la profondeur de la cavité on peut même séparer le chorion de l'amnios. Cette manière d'être est caractéristique de la grossesse ovarienne; l'existence de la cavité, la manière dont se comportent les enveloppes: l'insertion des vaisseaux au fond de cette cavité, la position du placenta en sont des arguments sans réplique. Sans doute, dans la grossesse abdominale, le placenta peut à la rigueur s'insérer sur l'ovaire, mais alors il est simplement placé à la surface, et cet organe n'offre pas de cavité tapissée par les membranes de l'œuf comme elle l'était dans ce cas-ci. Ainsi donc, dans cette remarquable observation, la grossesse, primitivement ovarienne, est devenue consécutivement abdominale. (Walter, *Mon. f.. Geburtsk.* t. XVIII, p. 174 à 188.)

Quand le follicule de de Graaf se referme aussitôt après la fécondation, comme c'était le cas dans l'observation qui m'est propre (obs. I), et comme cela se rencontre le plus souvent, le développement de l'œuf s'effectue en totalité au sein de l'ovaire. Les phénomènes qui surviennent ont de nombreux points de contact avec ceux qu'on observe dans les cas de kyste de l'ovaire, avec cette différence capitale au point de vue du diagnostic que l'accroissement de la tumeur a une marche beaucoup plus rapide.

Le diagnostic ne saurait du reste être établi sur le vivant.

Quant aux terminaisons, elles ne paraissent pas différer de celles des autres grossesses extra-utérines. Quoique moins commune que dans les grossesses tubaires, la rupture du sac a été observée dans les premiers mois et peut amener un dénouement fatal. A titre d'exemple on nous permettra de relater le suivant.

Observation V. — *Grossesse ovarique gauche. Rupture au troisième mois; mort.*

Le cas décrit par Willigk a trait à une pièce conservée dans le musée d'Olmutz sous le n° 179; il a joint à sa description le dessin,

ce qui permet de vérifier le diagnostic. La pièce comprend l'utérus avec ses ligaments.

La matrice épaissie et hypertrophiée comme dans les premiers mois de la grossesse est tapissée par une caduque à houppes déliées.

La trompe droite, fermée à son extrémité libre, offre des traces d'adhérences : quant à l'ovaire correspondant il est tout à fait normal.

A gauche les deux feuillets du ligament large enveloppent un sac arrondi, long d'environ 7 centimètres, dont la paroi antérieure, avec le feuillet péritonéal qui la recouvre, offre une crevasse étendue et irrégulière. Ce sac contient, avec quelques caillots de sang, un embryon de trois mois environ, entouré en partie d'une membrane. La surface interne du sac est revêtue par un chorion à houppes déliées qui à droite forme un placenta arrondi auquel vient s'insérer un cordon de 4 centimètres de longueur. La paroi fibreuse du sac consistant en fibres celluleuses et en fibres élastiques, a au maximum un millimètre d'épaisseur. Lorsqu'on suit la couche péritonéale recouvrant la périphérie postérieure du sac, on arrive directement sur l'ovaire gauche. Celui-ci est en connexion intime avec la paroi postérieure du sac : il renferme, avec quelques corps jaunes, deux kystes du volume d'une fève, remplis de caillots sanguins. Une incision faite à l'endroit de réunion montre la connexion immédiate existant entre l'ovaire et le sac fœtal, et celle-ci est également prouvée par le microscope, *puisque les fibres de l'albuginée de l'ovaire se continuent d'une façon très-évidente sur les parois du sac fœtal.*

La trompe gauche, distincte du sac fœtal, a son extrémité frangée munie d'anciennes adhérences. Cependant, à partir de l'*ostium abdominal* et dans l'étendue de 2 centimètres environ, elle a son calibre habituel. A partir de ce point la lumière en est complètement oblitérée par un tissu cellulaire à noyaux abondants et ne reparaît qu'au niveau de l'utérus. (Willigk, *Prager Vierteljahr. f. Prakt. Heilk.*, 1859, t. III, p. 59.)

La momification du fœtus a été également notée. A Hein a communiqué aux *Archives d'anatomie pathologique de Virchow* (t. I, p. 513) le cas d'une femme de 67 ans dont l'ovaire présentait un embryon devenu *lithopœdion*.

Enfin, dans d'autres cas, la grossesse a atteint les derniers

mois ou même le terme normal. A titre de spécimen nous donnerons l'observation suivante, car elle est en même temps un exemple de la conduite qui doit être adoptée en pareille occurrence.

OBSERVATION VI. — *Grossesse ovarienne troublée seulement par quelques douleurs vagues. — Au terme de la grossesse usure du sac fœtal et péritonite. — Gastrotomie pratiquée en quelque sorte pendant l'agonie de la mère. — Enfant sauvé.*

Une femme de 36 ans, menstruée à sa vingtième année, et ayant eu un enfant neuf ans auparavant, se présenta en juillet 1876 à la policlinique de Breslau se plaignant de douleurs dans la partie gauche du bas-ventre, douleurs qui, remontant à plusieurs années, étaient devenues plus fortes depuis la fin mai, époque où les règles s'étaient montrées pour la dernière fois. L'examen démontra une hypertrophie médiocre de l'utérus, et à la réunion du corps et du col et du côté droit une tumeur du volume d'une petite pomme, inégale, adhérente, qui fut interprétée comme un noyau inflammatoire du ligament large correspondant. Concurremment on admit l'existence d'une grossesse utérine comme vraisemblable.

La malade fut ensuite perdue de vue jusqu'au 5 mars 1877, jour où elle fit demander l'assistance du professeur Spiegelberg. D'après ce qu'elle rapporte, la grossesse aurait poursuivi sa marche sans encombre, lorsqu'il y a quatre jours les douleurs expulsives se montrèrent, et avec elles des signes de péritonite. L'examen qui fut fait démontra, avec l'existence d'une péritonite diffuse, la vacuité de l'utérus et la présence d'un enfant vivant. L'état de la mère était désespéré, néanmoins on tenta la gastrotomie comme *ultima ratio.*

L'opération, pratiquée dans une chambre étroite, sur un lit bas, sans autre lumière qu'une petite lampe à pétrole et sans autre aide que la sage-femme et l'assistant chargé de la chloroformisation, fut difficile. Après une incision allant du nombril au pubis et donnant issue à une grande quantité de pus clair, jaunâtre et rougi de sang, le sac fœtal se présenta sous les yeux. Comme j'incisais les enveloppes, il survint une violente hémorrhagie, et en élargissant l'ouverture je constatai que le placenta avait été intéressé dans sa longueur. Le liquide amniotique était peu abondant. L'enfant, dont le dos était placé à droite, fut vivement extrait par les

extrémités inférieures; il était légèrement asphyxié, mais il ne tarda pas à crier. Pendant que l'on s'occupe de l'enfant, je comprime avec les deux mains les bords de la plaie faite au sac fœtal et arrête momentanément l'hémorrhagie. Pour y mettre un terme, je détache le lambeau du placenta qui avait été coupé, mais cette manœuvre, facile sur l'un des bords, ne l'est point également sur l'autre, aussi on se borne à appliquer une ligature en masse sur ce point.

L'opérée, affaiblie par la perte du sang, succomba dans la nuit: quant à l'enfant élevée au biberon, elle succomba à l'âge de 3 mois.

L'autopsie se borna à l'extraction du sac fœtal qui était uni par de nombreuses adhérences à la séreuse pariétale du côté droit, au mésentère et au cæcum. Voici la description de l'utérus et des annexes.

L'utérus hypertrophié a en longueur 14 centimètres, en largeur au fond 10 centimètres; quant aux parois elles ont 15 millimètres d'épaisseur et donnent à la coupe du sang en quantité. La muqueuse du corps utérin est gonflée, rugueuse et déchiquetée; la couche superficielle en est lâche et facile à détacher. La muqueuse du col intacte est épaisse.

Les trompes se détachent normalement des deux côtés. A gauche, elle est intacte dans l'étendue de 7 centimètres; l'extrémité externe se perd dans des appendices pseudo-membraneux se trouvant dans le feuillet postérieur du ligament large. L'ovaire correspondant a le volume habituel, il est résistant, couvert d'enfoncements cicatriciels et ne contient pas trace de corps jaunes anciens.

A droite on constate un sac lié à l'utérus par le ligament ovarien qui, même dans son état d'affaissement, mesure encore 10 centimètres de diamètre. Sur son côté antérieur il est réuni au cæcum par une large et épaisse adhérence dans laquelle cheminent quelques vaisseaux volumineux. La trompe droite, placée au bord supérieur du ligament large épaissi, passe au-devant du sac; elle peut être suivie dans l'étendue de 22 centimètres, mais tandis que dans la moitié de son parcours elle a un calibre normal, dans l'autre moitié elle constitue un cordon aplati et grêle qui se perd sur la surface externe du sac (frange ovarique).

Le ligament de l'ovaire correspondant est épaissi et contient plusieurs grands vaisseaux. Dans sa longueur, et à peu près dans le milieu de la partie inférieure du sac et dans la paroi, est un corps résistant du volume d'une noisette. Ce corps, qui n'est autre que l'ovaire, contient, avec une petite vésicule, un kyste du volume

d'une cerise, rempli de matière jaune vive et de nombreux poils déliés. Ce kyste dermoïde se perd dans la paroi du sac sans limite précise.

La paroi du sac fœtal est dans sa partie supérieure extrêmement mince; elle consiste en deux feuillets faciles à séparer l'un de l'autre : l'un externe résistant et un peu plus épais, l'autre interne extrêmement délié. La plus grande partie de la paroi interne est tapissée par un tissu placentaire qui épais en bas s'amincit en haut. Cette formation placentaire s'étend jusque parmi les enveloppes les plus externes du kyste. La surface interne présente encore la membrane amniotique. Sur la partie latérale et inférieure du sac, s'insère le cordon ombilical long encore de 45 centimètres : il n'offre aucune anomalie. (Spiegelberg, *Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 73.)

Alors que la grossesse ovarienne est arrivée à son terme, la conduite de Spiegelberg devra être imitée; mais, pour que la gastrotomie remplisse toutes ses visées, pour qu'elle sauve l'enfant en conservant la mère, elle devra être appliquée dans des conditions meilleures. En d'autres termes, le médecin, jaloux d'enregistrer de nouveaux succès à l'actif de cette opération, devra autant que possible opérer à son heure et non à celle de la malade; il devra intervenir dès l'apparition des douleurs et ne laissera pas celles-ci, par leur répétition, user les forces de la malade et préparer l'explosion de la péritonite. C'est du moins la conduite la plus sage et la seule qui permettra d'augmenter le chiffre jusqu'ici clairsemé des réussites de cette opération.

Ce n'est point ici le moment de discuter les indications et les contre-indications de la gastrotomie, mais c'est le cas de marquer qu'elle a été signalée dans ce cas particulier par un incident regrettable, l'insertion du placenta sur la paroi incisée. Kœberlé et Hall Davis (*The Lancet*, 14 july, 1877) l'avaient, il est vrai, constatée; mais la mort du fœtus en avait amoindri les conséquences fâcheuses. Il n'en a pas été de même dans l'observation précédente, aussi il est survenu une hémorrhagie qui n'a pas été étrangère à la rapidité de la mort. On devrait à l'avenir chercher à éviter cet accident et, à cet effet, faire porter l'incision en dehors de l'endroit occupé par le placenta. Si,

malgré cette recherche, on intéressait l'arrière-faix, on devrait en détacher une partie et combattre l'hémorrhagie à l'aide de tampons imbibés de perchlorure de fer.

Nous nous abstiendrons d'insister, nous préférons résumer notre travail dans les conclusions suivantes :

1° La grossesse de l'ovaire existe, mais elle a été jusqu'à ce jour rarement observée.

2° La plupart des cas qu'on a signalés sous cette étiquette sont tantôt des kystes dermoïdes, tantôt des grossesses ovaro-tubaires, tantôt enfin des grossesses abdominales dans lesquelles le placenta était venu se greffer à la surface de l'ovaire.

3° Les caractères anatomiques auxquels on reconnaît la grossesse ovarique sont : 1° l'absence de l'ovaire correspondant; 2° l'union du sac fœtal à la matrice par le ligament de l'ovaire; 3° la présence du tissu ovarien sur les parois du sac; 4° l'indépendance de la trompe en ce qui concerne la formation du sac fœtal.

4° On en distinguera deux variétés, suivant que le fœtus se développera dans la vésicule restée ouverte ou bien dans une vésicule fermée aussitôt après la fécondation.

5° La marche et les terminaisons de cette grossesse ne diffèrent pas sensiblement de celles des grossesses abdominales.

6° La gastrotomie est le seul traitement rationnel alors que la grossesse est arrivée à son terme.

DE L'ACCOMMODATION DU FŒTUS PENDANT LA GROSSESSE,

OU DES CAUSES DES DIVERSES PRÉSENTATIONS

Par le Dr Ad. Pinard.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Suite et fin (1).

DES CAUSES DE LA PRÉSENTATION DU SOMMET PENDANT LA GROSSESSE.

Les causes de la présentation du sommet résident dans l'organisme maternel, l'organisme fœtal et l'œuf humain lui-même.

Du côté de la mère :

Il faut que l'utérus et les cavités pelvienne et abdominale soient normalement conformés et se développent régulièrement pendant la grossesse.

Du côté du fœtus :

Il faut que le développement soit normal en tant que forme, volume et poids.

Du côté des annexes :

Il faut que le liquide amniotique ne soit pas trop abondant, que le placenta soit inséré au lieu d'élection, qu'il n'y ait ni brièveté accidentelle, ni brièveté naturelle du cordon.

Toutes ces conditions existant, l'attitude du fœtus sera normale, ses rapports avec la cavité utérine seront régis par la loi que j'ai étudiée dans le chapitre précédent, et les rapports de l'utérus avec la cavité pelvienne seront tels que, au parallélisme de deux axes : utérin et fœtal, viendra se joindre le pa-

(1) V. *Ann. de Gynéc.* Numéro de mai 1878.

rallélisme d'un troisième, l'axe pelvien; enfin au niveau de leur région inférieure, ces deux axes se confondront, dès qu'il y aura engagement.

C'est la présentation *normale franche* du sommet.

Lorsque l'utérus est mal conformé, lorsque le développement de cet organe s'est arrêté dans un de ses stades embryonnaires, sa forme au lieu d'être ovalaire est bilobée, ainsi que l'a démontré M. Polaillon, ou bien il y a prédominance des diamètres transversaux sur les diamètres longitudinaux, comme il résulte des recherches de M. Herrgott. Aussi dans ces cas, bien qu'il y ait encore accommodation du fœtus avec l'utérus, ce n'est pas le sommet que l'on trouve au niveau du segment inférieur de l'utérus. Quand il y a rétrécissement du bassin, toutes choses normales d'ailleurs, il y a bien parallélisme des axes fœtal et utérin mais non pénétration, la présentation n'est point *solide;* si l'utérus conserve sa forme et sa situation, la présentation restera fixe, mais la moindre cause pourra substituer au sommet une face, la flexion étant peu prononcée, ou une épaule pour peu qu'une contraction mal dirigée pousse la tête vers l'une des fosses iliaques.

Quand le fœtus présente dans son développement une irrégularité partielle, comme dans les cas d'hydrocéphalie, il y a encore accommodation; les grands axes utérin et fœtal se correspondent, mais les parties les plus volumineuses de l'utérus et du fœtus se trouvant en rapport, le sommet est quelquefois en haut.

Quand le fœtus présente un développement général peu accusé, c'est-à-dire quand il n'y a pas parallélisme entre le développement utérin et le développement fœtal, la sollicitation à l'accommodation se fait d'autant moins sentir que le fœtus est plus petit.

Quand le fœtus est mort et macéré, avant l'arrivée de la tête dans le bassin, les organes et les tissus ayant perdu leur résistance, leur élasticité, leur tonicité vitale, s'affaissent, l'élément forme disparaît, il y a alors tassement et nullement accommodation.

Quand le liquide amniotique est en trop grande abondance, la cavité utérine étant très-vaste, l'accommodation n'a point lieu.

En résumé, les causes de la présentation du sommet sont toutes matérielles, physiques, et sous la dépendance des nombreux facteurs dont la résultante est l'*accommodation*.

Elles ne résident ni dans la pesanteur plus considérable de l'extrémité céphalique du fœtus, ni dans la circulation fœtale, ni dans la volonté instinctive.

Elles sont passives et actives.

Causes passives :	Forme de l'utérus et du fœtus. Surfaces glissantes (amniotique et fœtale), présence du liquide amniotique. Parallélisme entre le développement du fœtus et celui de l'utérus. Conformation de l'excavation pelvienne.
Causes actives :	Mouvements actifs du fœtus. Tonicité et contraction du muscle utérin pendant la grossesse. Tonicité et contraction des muscles de la paroi abdominale.

Quand l'une ou plusieurs de ces causes font défaut, le sommet peut-il encore se présenter au moment du travail? Oui. Mais la présentation est alors *tardive* ou *fortuite*.

DES CAUSES DE LA PRÉSENTATION DE LA FACE.

Pendant la grossesse je n'admets pas la présentation de la face et cela pour des raisons d'ordre anatomique, physiologique et clinique.

La conformation anatomique du fœtus, le mode articulaire du tronc avec la tête s'opposent à l'extension comme manière d'être.

Le fœtus vivant, en admettant qu'une cause fortuite ait produit la déflexion, ne tarderait pas à réagir contre cette attitude antiphysiologique.

Enfin, je n'ai jamais rencontré pendant mes examens, qui ont porté sur des milliers de femmes enceintes, la face se présentant d'aplomb au niveau de l'aire du détroit supérieur.

Baudelocque supposait qu'une substitution de présentation devait toujours s'être produite pour qu'un enfant vienne au monde par la face.

Ce n'est que depuis Mme Lachapelle qu'on admet la variété dite *primitive* des présentations de la face, c'est-à-dire celle dans laquelle la face se présente d'aplomb au niveau du détroit supérieur, avant tout début de travail.

Cette manière de voir repose sur deux observations publiées par Mme Lachapelle dans ses Mémoires, en 1821, dans lesquelles il est dit qu'à l'autopsie de deux femmes mortes avant l'accouchement, le fœtus aurait été trouvé ayant la tête défléchie.

Plus tard, Dubois et Desormeaux, dans l'article *Accouchement* du Dictionnaire en 30 volumes, rapportent que, dans 85 cas où l'enfant se présentait par la face, ils ont pu établir le diagnostic 49 fois avant la rupture des membranes. Cette raison leur paraît suffisante pour ranger ces 49 cas parmi les présentations primitives, parce que, disent-ils, l'enfant n'avait pas encore pu éprouver l'action de la contraction utérine.

Voilà tous les faits sur lesquels s'appuient les auteurs qui admettent la variété primitive.

Aussi, malgré l'autorité de ces noms, malgré le respect qu'inspire toujours le nom de Dubois, je me permettrai de discuter la valeur de ces observations, ainsi que l'a fait, dans sa remarquable thèse, le Dr Adolphe Carpentier (1).

Les deux observations de Mme Lachapelle, restées isolées dans la science, ne peuvent entraîner la conviction et suffire à

---

(1) Adolophe Carpentier. *Contribution à l'étude des présentations de la face.* Th. de Paris, 1876.

elles seules pour asseoir définitivement un jugement. Au moment où les fœtus meurent dans la cavité utérine, ils sont agités de mouvements convulsifs, pendant lesquels la déflexion des membres et du tronc se produit ; or, les enfants ont pu succomber dans cette situation. Ensuite, je ne puis admettre, avec Dubois et Desormeaux, qu'avant la rupture des membranes, le fœtus ne subisse pas l'effet de la contraction utérine, surtout lorsque cette dernière est fréquente et énergique, et tels étaient les cas observés par ces deux auteurs, puisque la dilatation leur avait permis de faire le diagnostic. La pression, je le veux bien, n'est qu'indirecte, mais elle n'en existe pas moins.

Pour ces raisons, je ne puis me ranger à l'opinion des auteurs qui pensent que le fœtus, avant le début du travail, se présente au niveau du détroit supérieur, la tête défléchie.

Avec Baudelocque, Chailly, Matthews Duncan, je crois que la présentation de la face est une *présentation secondaire*, et qui ne se produit que pendant le travail.

Dans un travail dont le but est de montrer le mécanisme suivant lequel se produit la transformaiion de la présentation du sommet en présentation de la face, Matthews Duncan (1) dit :

« Il m'a toujours semblé hors de doute que l'immense majorité des cas de présentation de la face étaient le résultat d'une modification dans le mécanisme habituel de la première partie de la descente de la tête à travers le pelvis ; ou que la présentation de la face était le résultat d'un déplacement du vertex, qui se porte du côté du dos de l'enfant, l'extension de la tête ayant alors lieu au niveau, ou à peu près, du détroit supérieur, et étant la conséquence de l'application des forces productives de l'accouchement. »

On voit par ces lignes que je suis en communion d'idées avec l'éminent accoucheur anglais. Ce que je veux surtout bien faire

(1) Matthews Duncan. *Sur le mécanisme de l'accouchement*, traduit par le Dr Budin. Paris, 1876.

ressortir, c'est le lieu au niveau duquel se passe la transformation de présentation.

Or, de l'aveu de tous, c'est au niveau du détroit supérieur (1), là seulement où l'étendue du canal pelvien permet la bascule de la tige occipito-mentonnière.

Donc, c'est qu'au moment du travail, le fœtus est surpris avant toute accommodation pelvienne, c'est-à-dire que toutes les causes actives ou passives qui feront stationner l'extrémité céphalique au niveau de l'ouverture supérieure de l'excavation prédisposeront à la présentation de la face.

Or, cette situation de la tête fœtale est plus qu'une cause prédisposante; elle est la condition *sine qua non* de la présentation de la face.

Ce point établi, on peut alors, ainsi que l'ont fait les auteurs, et en particulier Hecker et Duncan, rechercher si les causes occasionnelles résident dans la forme et la situation de l'utérus, dans le volume du fœtus ou la forme de sa tête.

Hecker (2) semble admettre que la dolichocéphalie joue un rôle important sinon principal dans la production de la présentation de la face.

Duncan (3), en montrant ce que l'opinion de Hecker avait d'exagéré, pense que « la dolichocéphalie à elle seule n'explique rien; car, même lorsque la tête est dolichocéphale, le bras de levier postérieur du crâne, qui relativement est long, est encore plus court que le bras de levier antérieur. » Pour lui, c'est l'obliquité utérine latérale qui est surtout la cause occasionnelle des présentations de la face.

A propos du volume de l'enfant, presque tous les auteurs répètent que la petitesse du fœtus prédispose aux présentations de la face. Je ne puis reconnaître ce fait pour vrai. Il

(1) Je laisse de côté ces faits extraordinaires et si rares dans lesquels on voit la présentation du sommet se transformer en présentation de la face ou cette dernière se transformer en présentation du sommet *dans l'excavation*.

(2) Hecker. *Ueber die Schædelform bei Gesichtslagen*. Berlin, 1869.

(3) Duncan. *Loc. cit.*

suffit de consulter la statistique, pour se convaincre de la fausseté de cette assertion. On y voit en effet que, sur les cas de présentation de la face qui y sont rapportés, 222 enfants pèsent 3,000 grammes et au-dessus; que parmi ces 222 il y en a 24 dont le poids dépasse 4,000 grammes et quelquefois de beaucoup; que, parmi les 108 restants, il y en a 72 pesant de 2,500 à 3,000. Il s'en faut donc de beaucoup que les enfants qui naissent par la face soient petits, c'est évidemment le contraire qu'il faut dire. Quant à l'influence de la multiparité, bien que manifeste, elle est cependant peu accusée, puisque sur 330 présentations de la face, on trouve 139 primipares et 191 multipares.

TABLEAU RÉCAPITULATIF.

Sur 330 on trouve

139 primipares. | 191 multipares.

Au point de vue du poids on trouve que :

24	enfants pèsent	4.000 et au-dessus.
71	—	de 3.500 à 4.000.
127	—	3.000 à 3.500.
72	—	2.500 à 3.000.
33	—	au-dessous de 2.500.
3	—	poids inconnu.

Les grossesses gémellaires, la macération du fœtus, les rétrécissements du bassin peuvent aussi entrer en ligne de compte, mais à un faible degré, dans les présentations de la face, puisque ma statistique montre que sur 330 présentations de la face on trouve :

6	cas de	grossesses gémellaires,
5	—	fœtus macérés,
3	—	bassins viciés (1),
2	—	anencéphales.

(1) Il est bien entendu que nous n'entendons parler ici que des présentations

En résumé, la présentation de la face est une présentation du travail et non de la grossesse.

La cause prédisposante principale est une absence d'accommodation pelvienne.

Donc, toutes les causes qui ne sollicitent pas l'accommodation pelvienne pendant la grossesse, ou qui l'empêchent, favorisent la production des présentations de la face.

Des contractions utérines mal dirigées, comme l'obliquité utérine, la déterminent.

DES CAUSES DE LA PRÉSENTATION DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE.

Avant de parler des causes de la présentation de l'extrémité pelvienne, je crois nécessaire d'entrer dans quelques détails d'ordre purement classique.

Je pense qu'il faut diviser les présentations du siége en deux grandes variétés, les unes que j'appelle *franches*, les autres *accidentelles* ou fortuites.

En effet quand on examine des femmes enceintes dans les derniers mois de la grossesse et qu'on a reconnu que la tête occupe le fond de l'utérus alors que le siége est en bas, on trouve dans certains cas un fœtus pour ainsi dire *fixé* dans cette situation ; il ne peut exécuter que des mouvements très-limités ; lorsqu'on veut le faire évoluer, le mobiliser, cela est impossible et des examens répétés le font toujours reconnaître dans la même situation et la même attitude.

C'est là la *présentation du siége franche*. Elle est le résultat d'une véritable accommodation, mais qui s'est produite en sens inverse pour les extrémités fœtales. La cause ou plutôt les causes de cette accommodation anormale résident, soit dans le

---

de la face véritables, et nullement des présentations du front admises en particulier par les auteurs allemands et qui se rencontreraient partout dans les bassins viciés.

volume exagéré de la tête fœtale (hydrocéphalie), soit dans le peu de développement de tous les éléments qui constituent l'extrémité pelvienne, alors que la tête offre un développement considérable sans cependant être pathologique, ainsi que j'ai pu le constater dans plusieurs circonstances en prenant avec soin les mensurations des diverses parties fœtales, peut-être aussi dans une malformation utérine se produisant par un développement plus marqué du segment inférieur que du segment supérieur de l'utérus.

Enfin comme cette variété s'observe surtout chez les primipares, je suis tout disposé à admettre qu'à un moment de la grossesse le fœtus, qui jusque-là avait évolué librement sur tous ses axes, se trouve surpris la tête en haut, alors que son volume s'étant accru, l'étendue de son grand diamètre longitudinal l'emporte sur les dimensions transverses et antéro-postérieures de l'utérus, surtout quand la tonicité de la paroi utérine et des parois abdominales, qui doublent les premières, s'oppose à toute élongation de diamètre.

Je le répète, cette variété est rare et se rencontre surtout chez des primipares. Dans d'autres cas, lors des examens qu'on pratique pendant les dernières périodes de la grossesse, on trouve le siége tantôt en bas, tantôt en haut. Il évolue pour ainsi dire à chaque instant; on le mobilise de même avec la plus grande facilité. En un mot il n'y a aucune accommodation, ni utérine, ni pelvienne. Il n'y a par conséquent aucune présentation.

Lorsque le travail débute, la contraction utérine, rétrécissant les diamètres transverses, sollicite la présentation longitudinale, l'immobilise, et alors se trouve au niveau du détroit supérieur la tête ou le siége.

C'est là la variété que j'appelle la *présentation du siége accidentelle*.

En effet quelques instants avant le début du travail la tête pouvait se trouver en bas, et quelquefois même quand les membranes ne sont pas rompues, bien que le travail soit

commencé, on peut encore faire évoluer le fœtus et ramener la tête en bas ainsi que le témoignent quelques observations.

Cette variété est de beaucoup la plus fréquente.

On conçoit que l'importance qu'il y a à distinguer ces deux variétés n'est pas seulement d'ordre spéculatif, mais bien d'ordre clinique, pratique, car tandis que l'une peut et doit disparaître, l'autre est définitive.

Les causes de la variété accidentelle résident dans l'absence d'un ou de plusieurs des facteurs de l'accommodation. La petitesse du fœtus, la grande quantité de liquide amniotique, font disparaître toute sollicitation à l'accommodation. La laxité de la paroi utérine et celle de la paroi abdominale agissent dans le même sens, ainsi que la grossesse gémellaire, la macération du fœtus, enfin, je le répète, toutes les causes de non-accommodation.

Les résultats ci-dessous d'une statistique qui porte sur 100,000 accouchements, et dans laquelle j'ai noté avec soin, pour chaque présentation, l'âge de la grossesse, le poids du fœtus, l'état de primiparité et de multiparité, ainsi que l'âge de la femme, montrent la part qu'on doit attribuer à chaque facteur.

Résultats fournis par la statistique.

Ma statistique a porté sur 100,000 accouchements. La proportion des primipares aux multipares sur ces 100,000 femmes est comme 48 à 52, proportion presque égale.

Sur 100,000 accouchements, j'ai trouvé 3301 présentations du siége, soit 1/30 se divisant ainsi :

1347 chez les primipares.
1954 chez les multipares.

Sur les 3301, 2149 femmes seulement étaient à terme. 1152 ont accouché avant le huitième mois.

Sur les 1347 primipares { 639 étaient à terme. 708 n'étaient pas à terme.

D'où chez les primipares à terme la proportion de $\frac{1}{154}$.

Sur les 1954 primipares { 954 étaient à terme. 1000 n'étaient pas à terme.

D'où chez les multipares la proportion de $\frac{1}{104}$.

Proportion des présentations de l'extrémité pelvienne chez les femmes à terme : primipares et multipares réunies : $\frac{1}{62}$.

Si sur ce nombre de 3301, nous retranchons :

1° Les grossesses gémellaires,
2° Les fœtus macérés,
3° Les rétrécissements du bassin,
4° Les hydrocéphales,
5° Les tumeurs fibreuses,
6° Les insertions vicieuses du placenta,
7° Les accouchements prématurés,

Il reste 1449 cas, d'où la proportion de $\frac{1}{70}$.

En résumé, les causes des présentations de l'extrémité pelvienne sont de deux ordres :

1° Les unes ne sont que les facteurs ordinaires de l'accommodation normale, mais tantôt le contenu du corps à accommoder, c'est-à-dire le fœtus, offre un développement inégal et inverse dans ses deux extrémités (hydrocéphalie, grossesse gémellaire), tantôt le contenant, la cavité utérine, offre cette inégalité de développement dans ses deux segments supérieur et inférieur, celui-ci étant plus développé que le premier; ou bien enfin le fœtus a été surpris et fixé la tête en haut pendant sa période de libre évolution, dans la première moitié de la grossesse, et l'étroitesse propre de la cavité utérine, dont la paroi est soutenue et doublée par une peau abdominale solide et tendue, ne lui permet plus de mutations.

Ces causes produisent la variété de *présentation du siège franche*, rare et se rencontrant surtout chez des primipares.

2° Les autres ne sont que des causes qui empêchent ou rendent inutile toute accommodation pendant la grossesse : petitesse du fœtus, défaut de parallélisme entre le volume du fœtus

et celui de la cavité utérine (hydropisie de l'amnios), macération du fœtus, etc.).

Dès le début du travail, l'élément *forme* reparaissant dans la cavité utérine par suite de la contraction énergique du muscle utérin, et surtout par suite de la rupture de la poche amniotique, produit une accommodation tardive qui force l'extrémité de l'ovoïde fœtal en rapport avec le détroit supérieur à rester dans cette situation.

Telles sont les causes de la *présentation du siége accidentelle*, fréquente, mais se rencontrant surtout chez les multipares.

DES CAUSES DE LA PRÉSENTATION DU TRONC.

Les causes de la présentation de l'épaule sont, comme celles des présentations du siége, de deux ordres : de là également deux variétés de présentation. En effet, dans quelques cas, le fœtus se présente par le tronc, d'une manière constante pendant les derniers mois de la gestation. Il est impossible de constater, quel que soit le nombre des examens, aucune mutation de présentation ou de position. La situation est fixe et persiste au moment du travail.

Il y a là une accommodation particulière et incomplète, l'axe utérin et l'axe fœtal sont parallèles, coïncident bien, mais ils sont perpendiculaires à l'axe pelvien. La cause de cette accommodation pathologique est elle-même pathologique, elle réside dans une malformation utérine telle, que le grand diamètre de cet organe, au lieu d'être longitudinal, est transversal ou oblique, et pendant la gestation, l'utérus se développe en conservant cette forme.

Ce sont ces cas qui ont été étudiés par Wigand et le docteur Herrgott, et tout récemment par M. Polaillon (1). Ce dernier a

(1) Polaillon. *De l'utérus incomplètement cloisonné comme cause de la présentation du tronc.* In *Bulletin de la Société de chirurgie*, mars 1877. *Ann. de Gynécologie,* août 1877. *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, novembre 1877.

montré qu'avec cette forme anormale il n'était pas rare de rencontrer, faisant saillie dans la cavité utérine, un éperon, sorte de cloison incomplète divisant le fond de l'utérus en deux parties souvent inégales, et donnant à l'organe entier une forme bilobée.

Un arrêt de développement frappant l'utérus pendant une de ses périodes embryonnaires rend parfaitement compte de cette malformation et de la présence de cet éperon ou cloison incomplète.

Cette cause produit la variété de *présentation de l'épaule franche*. Elle est rare et explique les présentations de l'épaule qui ont été successivement observées chez les mêmes femmes.

Le plus souvent la présentation de l'épaule reconnaît pour cause l'absence complète ou incomplète des facteurs de l'accommodation.

La petitesse du fœtus rend pendant la grossesse l'accommodation inutile; lors du travail, une accommodation brusque se produisant, l'enfant peut être saisi par l'utérus en travers; l'hydropisie de l'amnios peut donner lieu aux mêmes circonstances; la macération du fœtus également.

Tout obstacle à la descente de l'extrémité céphalique dans le bassin pendant la grossesse, prédispose aux présentations de l'épaule : rétrécissement du bassin, insertion vicieuse du placenta, etc. Dans ces cas, la tête retenue au-dessus de l'aire du détroit supérieur est en même temps au niveau des fosses iliaques, et, bien qu'il y ait parallélisme des trois axes : fœtal, utérin et pelvien, comme il n'y a pas pénétration, une cause fortuite peut venir rompre cette harmonie fragile et faire glisser la tête fætale vers l'une des fosses iliaques.

La grossesse multiple prédispose pour les mêmes raisons aux présentations du tronc, surtout pour le ou les derniers fœtus, car un premier étant expulsé, l'utérus n'étant pas encore revenu sur lui-même, le deuxième peut évoluer librement dans une cavité distendue et se présenter, lors de la première contraction, soit par le siége, soit par le tronc, soit par l'extrémité céphalique.

Mais une des causes les plus puissantes est certainement la multiparité, car à elle seule elle fait disparaître les principaux facteurs de l'accommodation.

Les grossesses répétées rendent la paroi utérine et plus mince et plus souple. Il semble que chaque gestation fasse disparaître une certaine somme d'élasticité, de tonicité de ce muscle, et par cela même, plus les grossesses sont nombreuses, moins l'utérus montre de tendance à conserver sa forme normale et primitive.

Cette diminution ou disparition de certaines propriétés physiques par le fait de gestations successives, s'observe également au niveau de la paroi abdominale. Celle-ci, comme la paroi utérine, subit une élongation à chaque grossesse, dont les stigmates externes (vergetures) sont la preuve ; mais le résultat est tout autre pour elle que pour la paroi utérine. Cette dernière, pendant la période d'involution et de rénovation, puise de nouvelles forces, de nouvelles propriétés dans la présence d'éléments jeunes, tandis que la première, n'étant pas le siége de métamorphoses aussi profondes, conserve les mêmes éléments de plus en plus fatigués et aussi les traces indélébiles de chaque parturition. L'une se rajeunit, l'autre se flétrit sans cesse.

Aussi la laxité de la paroi abdominale devient-elle de plus en plus considérable, les muscles grands droits s'écartent de plus en plus, et la ligne blanche s'élargit en s'amincissant; de même que le fœtus peut évoluer plus librement dans l'utérus d'une multipare, l'utérus lui-même évolue, c'est-à-dire se déplace plus facilement dans les mêmes conditions, la cavité abdominale étant trop vaste. Ainsi l'utérus perdant de plus en plus la propriété de conserver sa forme normale et offrant progressivement une paroi plus dépressible, cavité abdominale trop vaste, peuvent et doivent se traduire ainsi : pas de sollicitation à l'accommodation du fœtus dans l'utérus, aucune sollicitation à l'accommodation pelvienne puisque l'utérus gravide trouve largement sa place dans la grande cavité abdominale. La preuve de ce fait important se trouve dans les tableaux statistiques qui suivent.

TABLEAU RECAPITULATIF (1)

sur* 100.000 *accouchements* : 806 *présentations de l'épaule

dont

150 PRIMIPARES

AGE de la grossesse	POIDS des enfants.	NOMBRE d'accouchements	TOTAUX.
A 9 mois	5 k.	1	72
	4 k.	1	
	3 k. à 4	42	
	2 k. à 3	26	
	1 k. à 2	2	
A 8 mois et 8 1/2	3 k.	1	29
	2 k. à 3	27	
	1 k.	1	
A 7 mois et 7 1/2	2 k. à 3	9	19
	1 k. à 2	10	
A 6 mois	2 k. à 3	2	15
	1 k à 2	11	
	Au-dessous de 1 k.	2	
A 5 mois	750 gr	1	2
	500 gr	1	
A 4 mois	700 gr	1	1
Age de la grossesse indéterminé		12	12
			150

656 MULTIPARES

AGE de la grossesse	POIDS des enfants.	NOMBRE d'accouchements.	TOTAUX.
A 9 mois	4 k. et au-dessus	22	363
	3 k. à 4	220	
	2 k. à 3	132	
	1 k à 2	4	
	Inconnu	15	
A 8 mois et 8 1/1	3 k.	6	113
	2 k. à 3	97	
	1 k. à 2	4	
	200 gr. et 550	2	
	Inconnu	4	
A 7 mois et 7 1/2	2 k. à 3	39	85
	1 k. à 2	36	
	500 gr. à 1 k.	5	
	Inconnu	5	
A 6 mois et 6 1/2	2 k. à 3	4	32
	1 k. à 2	22	
	Au-dessous de 1 k.	6	
A 5 mois et 5 1/2	1 k. à 2	10	17
	Au-dessous de 1 k.	6	
	Inconnu	1	
A 4 mois	500 gr.	1	1
Age de la grossesse indéterminé		15	15
			665

(1) Cette statistique a été faite d'après les bulletins cliniques de la Maternité et de la clinique d'accouchement.

Le résumé de ces deux statistiques montre suffisamment : 1° l'influence du volume et du poids du fœtus sur l'accommodation ; 2° le rôle physiologique de la paroi abdominale dans l'accommodation, puisque chez les multipares, c'est-à-dire chez les femmes dont la paroi abdominale jouit d'une laxité considérable, les présentations de l'épaule qui résultent d'un manque d'accommodation sont six fois plus nombreuses que chez les primipares.

Il est bon que cette puissance d'accommodation, qui réside dans les muscles mêmes de la paroi abdominale, soit mise en jeu, ainsi qu'il résulte des recherches de Jeaucourt, qui, sans reconnaître l'importance de ce facteur, avait cependant remarqué que les présentations autres que celles du sommet étaient plus fréquentes chez les femmes à profession sédentaire que chez les femmes qui sont obligées de mener une vie active.

Voici les chiffres empruntés à la statistique :

ÉTAT ACTIF :	ÉTAT SÉDENTAIRE :
Chez les femmes dont la profession met en jeu les muscles de la vie de relation, à profession active nécessitant l'exercice, le mouvement.	Chez les femmes à profession sédentaire nécessitant l'habitude de la station assise, privées d'exercice et de mouvement pendant la plus grande partie du jour.

On voit survenir comparativement aux présentations du sommet.

	État actif	État sédentaire
Face	1 : 139	1 : 137
Tronc	1 : 139	1 : 45,8
Siége	1 : 46	1 : 54,7

Les causes de la présentation de l'épaule sont : 1° une malformation utérine, qui rend le développement de cet organe irrégulier, produit une accommodation telle que les axes fœtal et utérin, quoique parallèles, sont perpendiculaires à l'axe pelvien — (présentation franche) ; 2° l'absence des facteurs de

l'accommodation : petitesse du fœtus relative ou absolue (accouchement prématuré ou hydropisie de l'amnios), macération du fœtus, grossesse multiple, bassins viciés et insertion vicieuse du placenta, empêchant pendant la grossesse l'accommodation pelvienne, laxité anormale de la paroi utérine et de la paroi abdominale — produisant la variété accidentelle.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'APPLICATION DU PANSEMENT DE LISTER ET DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE A L'OVARIOTOMIE (1).

La méthode de pansement qui a fait aujourd'hui le tour du monde, et a recueilli l'approbation de tous les chirurgiens, devait nécessairement être appliquée aux grandes opérations de la gynécologie. Parmi celles-ci, la plus importante de toutes est sans contredit l'ovariotomie. C'est sur cette opération, en effet, qu'ont porté les premières applications de la méthode dont les résultats ont été des plus satisfaisants.

Le premier cas publié appartient au Dr W. Anderson, de Salt Lake (Etats-Unis). L'observation présentant par elle-même un certain intérêt, nous la reproduisons avec quelques détails. La malade, mariée, mère de famille, âgée de 42 ans, fut opérée le 31 janvier 1877. Une incision de 15 centimètres fut pratiquée de l'ombilic au pubis pendant un *spray* continuel d'acide phénique. Plusieurs kystes ayant été ouverts, une partie de leur contenu s'écoula inévitablement dans le péritoine. La masse kystique fut enlevée avec quelques difficultés ; le pédicule, qui

---

(1) *Berliner Medicinische Wockenscrift*, avril 1878. — *Société harveyenne de Londres*, 20 février 1878. — *Lyon médical*, 12 mai 1878. — *Boston medical and surgical journal*, 9 juin 1877. — *London medical Record*, 15 octobre 1877.

était très-large, fut lié avec une ligature en catgut phéniqué, puis sectionné avec l'écraseur. L'ovaire et l'utérus étaient parfaitement sains. Après avoir enlevé le sérum et le sang contenus dans la cavité abdominale, le chirurgien ferma la plaie avec des sutures profondes et superficielles, et plaça un drain à la partie inférieure de l'incision. Le pansement de Lister fut ensuite appliqué de la façon la plus minutieuse sur la plaie. L'opération avait duré une heure. La malade, très-épuisée, fut placée dans une pièce où l'on dirigea continuellement des vapeurs phéniquées. La réaction survint douze heures plus tard sous l'influence des stimulants alcooliques, et la guérison eut lieu très-rapidement. Un mois et demi plus tard, la malade retournait chez elle en bonne santé. Le kyste était multiloculaire et contenait environ 4 litres de liquide; sa partie solide pesait 7 livres.

M. Schrœder, professeur de gynécologie à Berlin, a ensuite publié un travail très-intéressant sur ce sujet. Du 25 mai 1876 au 24 février 1878, il a opéré 50 cas. De ce nombre il défalque 3 malades atteintes d'affections cancéreuses dont l'extension amena la mort le dixième, le dix-neuvième et le quarante-cinquième jour après l'opération. Reste 47 cas sur lesquels il y a eu 7 morts, soit 14,9 0/0 contre 85,1 0/0 de guérisons. Mais voici le point important : les 24 premières opérées ont fourni 6 décès, soit 25 0/0, tandis que les 23 dernières n'ont donné qu'un décès, soit 4,3 0/0. Et ce résultat, M. Schrœder l'attribue bien moins à son habileté croissante qu'à l'introduction du traitement antiseptique dans sa seconde série; pour lui, l'infection est à peu près la seule cause de la mort après l'ovariotomie.

Dans ce nombre, 14 ont été opérées à la Charité ou en ville, et ont fourni une mortalité de 4,3 0/0; tandis que 33 opérées à l'Institut des femmes en couches de Berlin n'ont donné qu'un décès, et encore la malade ne mourut pas d'infection, mais d'une hémorrhagie intra-péritonéale survenue au dix-neuvième jour.

Cet établissement est cependant dans de mauvaises condi-

tions, les malades y sont entassées, quelques-unes ont des plaies suppurantes, la fièvre puerpérale s'y montre souvent; on ne pourrait, en un mot, imaginer un endroit plus défavorable pour la pratique de l'ovariotomie, et pourtant on ne peut observer un plus beau résultat. C'est que le professeur emploie des précautions inouïes pour ne pas laisser entrer l'infection. L'opération est faite dans des chambres particulières qui ne servent jamais aux femmes en couches; une demi-heure avant, on y pulvérise l'acide phénique, et la malade est complètement lavée et changée avant l'opération. Elle se fait toujours de grand matin, avant toute autre visite. En se levant, M. Schrœder prend un grand bain, se lave dans une solution phéniquée et s'habille de vêtements neufs. Un seul aide, qui a pris les mêmes précautions que lui, peut toucher la plaie pendant l'opération. Les instruments sont tous neufs ou repassés à neuf, et trempés d'avance dans la solution; les éponges sont neuves et de plus ont passé la nuit dans l'acide phénique; un aide pulvérise l'acide phénique, une sage-femme est aux côtés de l'opérateur, tenant un bassin rempli de la solution phéniquée, dans laquelle opérateur et aides plongent à tous moments leurs mains, etc., etc. Grâce à ces précautions, on ne voit jamais la péritonite, qui, d'après M. Schrœder, est toujours le résultat de l'infection, jamais du traumatisme. Mais dans les cas les plus graves, dans lesquels le péritoine a été le plus malmené, on voit à peine la moindre réaction. Le pouls va quelquefois à 90 ou à 100, mais la température s'élève à peine, souvent elle reste tout à fait normale. Dans un cas où le kyste était suppuré et compliqué d'adhérences très-étendues, la température ne dépasse jamais 38°. Quelquefois, de suite après l'opération, on observe un abaissement de température, mais il n'a rien de dangereux. On ne voit jamais d'indices d'empoisonnement par l'acide phénique, qu'on ne retrouve jamais du reste dans les urines.

Le vomissement produit par l'anesthésie est fréquent le premier jour, il ne dure jamais plus longtemps; le second ou le troisième jour, l'appétit revient. Le pansement est enlevé le deuxième jour, sous le jet d'acide phénique; on soulève les fils,

la plaie est réunie par première intention sans une goutte de pus. Le pédicule est toujours laissé dans l'abdomen, sa présence dans les lèvres de la plaie n'irait pas avec le pansement listérien. Malgré l'irritation que produit le fil de soie, Schrœder le préfère au catgut. Il n'a fait qu'une fois le drainage du péritoine, qu'il regarde comme une chose toujours inutile, souvent nuisible.

Nous pouvons rapprocher de ce travail une communication faite, le 21 février, à la Société harveyenne de Londres par M. Thornton, qui donne un résumé de ses 10 insuccès dans l'ovariotomie. La septicémie fut la cause de la mort dans presque tous les cas, et l'adoption du traitement antiseptique a beaucoup amélioré la statistique. Sur ces 10 cas de mort, 7 eurent lieu dans les 20 premières opérations, 2 dans les 20 suivantes, 1 seul dans les 20 suivantes. Depuis il a fait 33 opérations avec 1 seul cas de mort. Aussi recommande-t-il fortement les précautions antiseptiques les plus complètes, il voudrait voir obliger les étudiants en médecine à savoir à fond le pansement listérien.

C'est là une mesure que nous approuvons complètement. Sans accorder à la méthode de Lister et à l'acide phénique aucune propriété spécifique contre la septicémie, nous pensons du moins qu'elle a l'avantage d'obliger le chirurgien à se tenir dans les règles d'une propreté minutieuse et absolue. Il faut, du reste, nous incliner devant les résultats obtenus par le chirurgien anglais et par ceux qui ont suivi cet exemple. La chirurgie gynécologique devait donc nécessairement bénéficier des avantages de la nouvelle méthode de pansement.

A. LUTAUD.

REVUE CLINIQUE

MAUVAISE CONFORMATION ET RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN A 0,08 CENTIMÈTRES DANS LE DIAMÈTRE ANTÉRO-POSTÉRIEUR OU SACRO SOUS-PUBIEN. — HYPERTROPHIE DE LA LÈVRE ANTÉRIEURE DU COL. — APPLICATION DU FORCEPS, INSUCCÈS. — VERSION PODALIQUE, EXTRACTION D'UN ENFANT VIVANT. — GUÉRISON DE LA MÈRE.

Par M. le Dr Pilat,
Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

La femme qui fait le sujet de cette observation est entrée dans le service de la Maternité le 5 novembre 1876, à huit heures du soir. Elle est âgée de 31 ans, mariée, enceinte pour la quatrième fois, elle a été atteinte de rachitisme dans sa jeunesse, ses jambes en effet, sont déformées, les tibias font saillie en avant, et il existe en outre une légère courbure de la colonne vertébrale. Ce vice de conformation explique les difficultés qu'on a eu à surmonter dans les accouchements précédents : dans les deux premiers le fœtus fut extrait par le forceps ; le premier enfant vint mort, le second succomba quelques jours après sa naissance. Dans le troisième accouchement, on eut recours à la version podalique. Le fœtus fut extrait sans grande difficulté, mais il était mort depuis plusieurs jours et déjà en voie de putréfaction ; sa mort fut attribuée à une chute que fit cette femme douze jours avant le commencement du travail.

L'examen de la femme a eu lieu une heure après son entrée. Je constatai que son bassin offrait par la mensuration avec le doigt 0,08 centimètres dans le diamètre sacro-sous-pubien, l'angle sacro-vertébral était un peu incliné à gauche ; en déduisant 0,006 millimètres au minimum, j'estimai que le conjugé vrai avait 0,074 millimètres. Le pubis était légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

La distance entre les deux épines iliaques antérieures et supérieures

était de 22 centimètres ; celle qui existait entre l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et l'épine postéro-supérieure droite était de 22 centimètres, tandis que de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à la postéro-supérieure gauche il y avait 23 centimètres 5 millimètres. L'os coxal gauche semblait également moins étendu que le droit dans sa partie supérieure. Ce qui me fit supposer que la moitié droite de l'excavation du bassin était un peu plus ample que le côté opposé. Par le palper abdominal je constatai que les petits membres du fœtus étaient à droite, les fesses en haut et le dos à gauche. Les bruits du cœur avaient leur maximum d'intensité un peu à gauche de la ligne blanche, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Du côté des parties maternelles, je trouvai à l'orifice de la vulve, sous l'arcade du pubis, une tumeur de consistance molle, d'un rouge vineux, allongée, aplatie d'avant en arrière et faisant corps avec le segment antérieur et inférieur de l'utérus. Cette tumeur n'était autre que la lèvre antérieure du col hypertrophiée et œdématiée, elle pouvait être attirée hors de la vulve dans l'étendue de 3 centimètres environ. En arrière vers la commissure de la vulve, je constatai également une seconde tumeur, mollasse, et constituée par une rectocèle vaginale, de sorte qu'il restait peu d'espace pour introduire le doigt afin d'explorer les parties internes.

Néanmoins, la tumeur formée par la lèvre antérieure pouvant être refoulée derrière le pubis, et en haut, je parvins ainsi à pratiquer le toucher et je trouvai le col dilaté comme une pièce de 5 francs et parfaitement dilatable, avec une échancrure, indice d'une déchirure de l'utérus produite dans un des accouchements antérieurs. La tête du fœtus était au-dessus du détroit supérieur, mobile et poussée un peu en avant au-dessus du pubis. En portant le doigt fortement en haut, je parvins à sentir la fontanelle postérieure à gauche transversalement. A son entrée, cette femme était en travail depuis trente-six heures ; les douleurs avaient cessé par moments dans la journée du 3, mais avaient reparu avec intensité peu avant son arrivée ; sous leur influence la poche des eaux venait de se rompre. A neuf heures et demie du soir, la tête ne s'engageant pas et la parturiente étant fatiguée et affaiblie, je pris le parti d'appliquer le forceps de préférence à la version, car j'avais pu déjà dans des cas semblables extraire ainsi la tête dans des rétrécissements de 0,75 millimètres.

Après avoir vidé la vessie complètement, j'introduisis la branche droite la première, elle put être ramenée en avant sur la région te[illegible]

porale du fœtus, la branche gauche fut ensuite appliquée sur le côté opposé de manière à éviter l'angle sacro-vertébral sur lequel reposait la partie postérieure du frontal gauche du fœtus. La tête étant ainsi saisie transversalement j'exerçai des tractions en arrière et un peu à gauche de manière à mettre le diamètre bitemporal du fœtus en rapport avec la partie rétrécie du bassin. Sous l'influence de tractions soutenues, la tête s'engagea en partie, mais fut bientôt retenue par l'angle sacro-vertébral qu'elle ne put franchir. J'appelai à mon aide M. Gorez mon chef de clinique, qui exerça à son tour des tractions énergiques pendant que je maintenais les branches du forceps dans la direction que je lui avais imprimée tout d'abord, afin que la tête pût contourner le faux promontoire à la manière indiquée par Carus.

Ces nouvelles tentatives furent vaines et bientôt le forceps lâcha prise, sans toutefois causer de désordres dans les organes maternels, mais le toucher me fit reconnaître qu'une légère dépression existait sur la région temporale gauche de la tête du fœtus et semblait avoir été produite par l'angle sacro-vertébral. L'enfant, du reste, était parfaitement vivant.

Ne voulant pas compromettre la vie de la femme qui était fatiguée par les tractions qui avaient duré au moins une demi-heure, et d'un autre côté reculant devant le sacrifice de l'enfant, j'introduisis la main droite dans le bassin, afin de l'explorer de nouveau, et j'acquis la certitude, comme la mensuration me l'avait fait présumer, qu'il était asymétrique et que le côté droit avait plus d'ampleur que le gauche. Je résolus alors de tenter la version podalique en me conformant aux préceptes de Velpeau, Chailly, Simpson et Edouard Martin qui conseillent la version dans les bassins asymétriques, lorsque le rétrécissement sacro-pubien n'est pas au-dessous de 0,075 millimètres et quand la partie la plus large de la tête n'est pas engagée, comme dans le cas présent, dans le côté le plus ample du bassin. Après avoir refoulé la lèvre antérieure du col derrière le pubis, j'introduisis la main gauche dans l'utérus ; je repoussai la tête en haut et à gauche et je saisis assez facilement le genou gauche de l'enfant que j'amenai dans le vagin ; pendant ce temps de l'opération la tête avait été maintenue dans le fond de l'utérus par M. Gorez. La jambe gauche fut défléchie et amenée au-dehors, tandis que le membre droit était resté complètement fléchi sur le tronc. Un léger mouvement de rotation amena le sacrum à gauche, les tractions soutenues firent descendre la fesse droite dans le bassin, l'extraction du membre corres-

pondant et d'une partie du tronc de l'enfant s'ensuivit, mais les bras et la tête qui, pendant cette manœuvre, s'étaient défléchis ne permirent pas d'extraire la partie supérieure du tronc ; il fallut aller à la recherche des bras, après avoir placé le cordon ombilical dans la direction de la symphyse sacro-iliaque droite, afin d'éviter une trop forte compression de celui-ci. Les bras furent amenés au dehors sans trop de difficulté, mais la tête, malgré quelques tractions exercées sur le tronc porté fortement en arrière, ne put franchir le rétrécissement, elle était placée transversalement, l'occiput à gauche. Je confiai alors le corps du fœtus à un aide et j'allai à la recherche de la mâchoire inférieure sur laquelle j'exerçai une pression assez forte pour ramener en bas la partie antérieure de la face en même temps qu'avec deux doigts de la main droite, je poussais fortement en haut et à droite l'occiput. Le dégagement s'effectua aussitôt par le côté droit du bassin, le diamètre bipariétal de la tête du fœtus ne se trouvant plus en rapport avec le conjugué du détroit supérieur.

L'enfant fut ranimé en peu de temps, il n'y avait aucune trace apparente sur le crâne de l'application du forceps. Une légère dépression constatée par le toucher et produite par l'angle sacro-vertébral existait seule sur la suture fronto-pariétale gauche.

L'enfant pesait 3300 grammes. Les os de la tête étaient très-solides et épais, il n'y avait point de bosse sanguine ni chevauchement des pariétaux l'un sur l'autre. Les diamètres de la tête étaient les suivants :

Occipito-mentonnier.......	12 c. 5 m.
Occipito-frontal............	12 c.
Bipariétal.................	9 c. 5 m.
Bitemporal................	8 c.

C'est en partie au défaut de réduction des diamètres que l'on doit attribuer, dans ce cas, l'insuccès des tentatives d'extraction par le forceps.

Quant à la mère, épuisée par la longueur du travail elle eut après la délivrance une hémorrhagie par suite d'inertie de l'utérus, celle-ci fut arrêtée par des frictions continues exercées sur la matrice et l'administration de 0,60 d'ergot de seigle.

La faiblesse du pouls, la pâleur de la face et les menaces de syncope furent combattues par une potion tonique, et deux heures après l'accouchement l'accouchée était aussi bien que possible.

Le 6 au matin, douleur à l'hypogastre, vessie distendue par l'urine, utérus à droite à la hauteur de l'ombilic, pouls à 90, température 38°,4. Cathétérisme ; bouillon, lait de poule.

Dans la journée, douleurs plus vives, expulsion de plusieurs caillots assez volumineux.

Le 7. Utérus moins volumineux, plus de douleurs, pouls 80, température 38°. Lochies normales, émission de l'urine toujours difficile. — Bouillon, potage, lait de poule.

Le 8. Pouls à 84, température 38°,2. La montée du lait commence à se faire; utérus en voie de régression, incliné à gauche; lochies normales. — Bouillon, demi-portion.

Le 9. Pouls à 80, température 37°,4, la faim se prononce, les forces reviennent.

Les jours suivants jusqu'au 15, rien de particulier à noter. Le 16, la malade demande à sortir. A cette date, l'hypertrophie de la lèvre antérieure du col a sensiblement diminué ; réduite au volume d'une petite noix, la lèvre est bosselée, aplatie et il serait facile de l'enlever avec l'écraseur linéaire, mais la malade refuse toute opération afin de rentrer de suite dans sa famille.

Le procédé de Smellie auquel nous avons eu recours dans le cas présent nous paraît préférable à celui préconisé par Barnes, parce qu'on risque moins de léser la colonne vertébrale du fœtus en produisant des luxations ; mais ce procédé ne trouve une application favorable que dans les cas où, comme nous l'avons dit plus haut, le bassin est vicié non-seulement dans le diamètre conjugué vrai mais aussi dans l'un des diamètres obliques, de manière à présenter un côté plus large que l'autre. La manœuvre n'est pas toujours facile à exécuter et on devra quelquefois recourir à la crâniotomie pour terminer l'extraction. Dans les cas où le rétrécissement existe d'une manière générale mais peu prononcée, mieux vaut extraire par le forceps qui facilitera le chevauchement des os et réduira les diamètres transverses de la tête, sans trop nuire à l'enfant et au grand profit de la mère.

Toutefois, en agissant ainsi, on pourra encore, bien que cette pratique soit généralement acceptée en France, éprouver des mécomptes résultant de l'inexactitude dans la mensuration du bassin, ou d'un défaut de proportion entre les diamètres de celui-ci et le volume exagéré de la tête du fœtus ; mais ici les opérations qui deviendront nécessaires pour terminer l'accouchement seront plus faciles à exé-

cuter, que quand après avoir pratiqué la version, la tête vient dernière.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Septicémie puerpérale. — La grande discussion qui occupe l'Académie depuis près de six mois sur la septicémie et les divers modes de pansement des plaies a donné lieu, dans la séance du 25 juin, à un petit incident entre MM. Depaul et Le Fort.

M. Le Fort, revenant sur des idées qu'il avait développées dans son livre sur les Maternités avait émis cette idée que l'encombrement et la densité de la population d'un hôpital ont peu d'influence sur le développement des épidémies. La cause des épidémies, c'est la contagion souvent transmise par le chirurgien lui-même.

M. Depaul répond que la véritable cause de la fièvre puerpérale dans les Maternités, c'est moins la contagion que l'encombrement. On peut créer et faire disparaître à volonté, pour ainsi dire, les épidémies suivant qu'on reçoit dans les salles de Maternité un nombre plus ou moins grand de malades.

Quant à la non-existence de la fièvre puerpérale dans les campagnes, M. Depaul s'inscrit en faux contre cette opinion absolument erronée ; il n'y a pas de petit village, pas de château isolé dans les bois où la fièvre puerpérale ne puisse se développer. Il a vu plusieurs cas dans lesquels des femmes quittant les villes et se retirant dans les campagnes isolées pour y fuir la fièvre puerpérale, ont été, malgré toutes ces précautions, victimes de la maladie.

M. Depaul met au défi M. Le Fort d'expliquer par la contagion telle qu'il l'entend, les cas de fièvre puerpérale développée chez des femmes enceintes, où même chez des élèves sages-femmes de la Maternité, dont une encore vierge, succomba aux atteintes de la mala-

die. L'autopsie et l'examen microscopique montrèrent que toutes, femmes enceintes et les jeunes filles vierges, aussi bien que les femmes accouchées qui avaient eu la fièvre puerpérale présentaient les mêmes espèces de lésions caractéristiques.

Il proteste contre l'assimilation que les chirurgiens tendent aujourd'hui à établir entre la fièvre puerpérale, l'infection purulente, l'infection putride, la pourriture d'hôpital. Ce sont là des maladies entièrement différentes au point de vue clinique comme au point de vue anatomo-pathologique.

M. Depaul résume, disant que l'encombrement constitue la circonstance la plus essentielle pour le développement de la fièvre puerpérale, puisque de la production ou de la suppression de l'encombrement, dépend la naissance ou la disparition des épidémies de cette maladies. Il ne comprend pas que M. Le Fort admette en même temps la spontanéité et la contagiosité de la fièvre puerpérale ; il n'y a pas de milieu entre l'un ou l'autre de ces deux modes de genèse ; ou la fièvre puerpérale est spontanée ou elle est communiquée ; il n'existe pas de moyen terme.

M. Le Fort a, du reste, renié les opinions qu'il avait autrefois émises dans son livre des Maternités, et ses deux derniers discours contiennent des assertions et des opinions qui sont en désaccord avec ce qu'il avait dit précédemment.

M. Le Fort répond qu'il n'a rien à modifier de tout ce qu'il a dit dans son livre sur les *Maternités*. Ce livre est surtout consacré à montrer que la contagion est la seule cause des soi-disant épidémies qui règnent dans les maternités. Il a montré par des exemples irréfutables, que la sage-femme et l'accoucheur sont le plus souvent les intermédiaires de la contagion, et M. Depaul, dans la grande discussion de 1858, a montré, si je ne me trompe, que deux fois il avait été lui-même l'intermédiaire de cette contagion.

Il a terminé ce livre par la proposition d'un plan de maternité; ce qui domine dans ce plan, ce n'est pas la disposition des corridors, le cubage des salles, c'est l'idée exclusivement médicale de la séparation dans un bâtiment séparé, absolument séparé, des femmes accidentellement atteintes de fièvre puerpérale ; c'est l'idée de la séparation absolue du personnel hospitalier ; c'est l'idée de faire soigner les malades atteintes de fièvre puerpérale par un médecin autre que l'accoucheur.

Il montre par une statistique de près de deux millions d'accouche-

ments, que la mortalité des femmes accouchées en ville n'est parfois que de 1 sur 1,000 ; qu'elle ne dépasse, pour ainsi dire, jamais 1 sur 100 ; que la mortalité moyenne, *toutes causes de mort réunies*, est, pour les accouchées de la ville, de 1 sur 300 environ, tandis qu'elle est en moyenne, pour les maternités et les hôpitaux, de 1 sur 30 et qu'on l'a vue arriver à 1 sur 2, souvent à 1 sur 4 ou 5.

De plus, M. Le Fort tient à honneur d'avoir provoqué pour la population parisienne une mesure qui a été un grand bienfait, ainsi qu'on peut en avoir la preuve dans son livre *Des Maternités*, publié en 1865 ; il a demandé à M. Husson d'adopter, pour Paris, une mesure qu'il avait trouvée employée en Allemagne, à Bamberg, celle de faire accoucher par les sages-femmes de la ville les malheureuses sans domicile. M. Husson appliqua cette mesure à la Maternité pour les temps d'épidémies, depuis elle s'est étendue à tous les hôpitaux et au temps normal, pour peu qu'il y ait quelque encombrement. Quels ont été les résultats ? C'est que ces mêmes femmes, qui, si elles eussent accouché à l'hôpital, eussent continué à succomber dans la proportion de 1 sur 30, au moins, ne succombent chez les sages-femmes de la ville que dans la proportion de 1 sur 300. On n'ignore pas les admirables résultats que donnent les accouchements à domicile, effectués par les soins du service du bureau de bienfaisance.

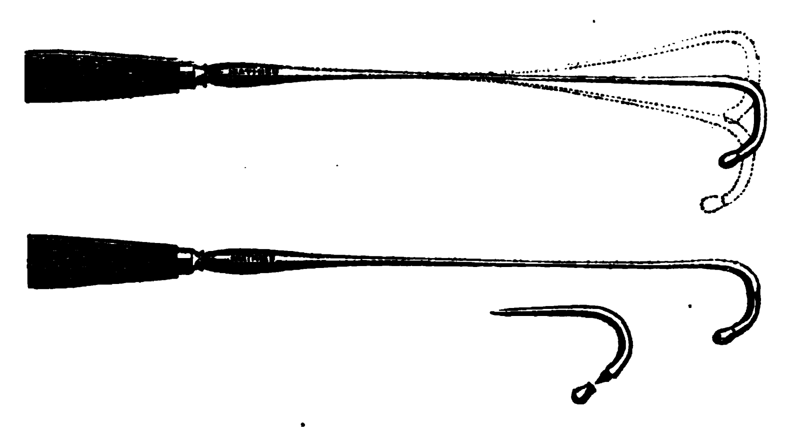
M. Le Fort continue à soutenir que la fièvre puerpérale primitive est extrêmement rare dans les accouchements normaux ; que les soi-disant épidémies de fièvres puerpérales sont le fait de la contagion et que les sages-femmes, comme les accoucheurs, sont les intermédiaires fréquents de cette transmission de la fièvre puerpérale d'une malade de l'hôpital à sa voisine, ou d'une malade de l'hôpital ou de la ville, à une autre malade de la pratique civile. Il est prêt à discuter à fond cette question quand il plaira à M. Depaul.

M. Depaul demande à faire une petite revendication de priorité, M. Le Fort a dit que c'était sur ses instances que M. Husson avait consenti à faire faire les accouchements en ville pour les sages-femmes. Or, M. Depaul avait déjà fait la même proposition en 1858, lors de la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine sur la fièvre puerpérale. (*Séance du 25 juin* 1878.)

M. Tarnier présente à l'Académie un nouveau **crochet d'accouchement** imaginé par notre collaborateur, M. Delore, de Lyon.

Ce crochet présente sur l'ancien les avantages suivants :

Le crochet à tige rigide employé en obstétrique a l'inconvénient l'être difficile à manœuvrer dans la cavité de l'utérus parce que le anal à parcourir est courbe, et que le fœtus présente des surfaces onvexes. De là, des déplacements du fœtus et des contusionnements.



L'application sur le point fœtal que l'on désire est impossible, si ce oint est plus éloigné de la tige rigide que la pointe, car alors la tige pousse le fœtus.

Ces divers inconvénients ont donné à M. le Dr Delore, l'idée de faire onstruire par MM. Mathieu fils, un crochet flexible.

La tige, flexible comme un fleuret, à 30 centimètres. Elle peut s'inurver dans tous les sens et être portée au fond de l'utérus.

Le crochet, suivant les indications peut être aigu ou mousse.

Il sera utilement appliqué: 1° sur la cuisse pour aider les versions ifficiles; 2° sur le pied resté au fond du vagin pendant une version; ° sur le pli de l'aine dans les présentations pelviennes; 4° dans tous es cas enfin ou on emploie le crochet aigu.

Pour appliquer l'instrument, on le fait glisser à plat sur l'avantras et la main qui, en pressant sur lui, donnent la courbure désiable; avec les doigts, on l'applique au point choisi.

La légèreté de cet instrument le rend d'un maniement bien supéieur à celui du crochet rigide. (*Séance du 5 juillet* 1878.)

Dr A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Guéniot lit un rapport sur une note de M. Zuède, intitulée : **Cas de version pratiquée dans un utérus tétanisé.**

Dans la séance du 26 décembre dernier, la Société de chirurgie a reçu de M. le Dr Zuède, de Grandvilliers, communication d'un fait d'obstétricie opératoire, dont je commencerai par vous donner intégralement la teneur.

« Le 23 avril 1877, dit notre confrère, je fus appelé en consultation pour terminer un accouchement qui durait depuis plus de vingt-quatre heures. La parturiente avait eu déjà quatre accouchements antérieurs, qui s'étaient terminés naturellement. Cette fois, au contraire, le travail se prolonge démesurément, la poche des eaux est rompue et l'utérus fortement rétracté sur le produit ; je trouve, par le toucher, l'orifice externe à peine entr'ouvert et l'orifice interne étroitement resserré. Il s'agit d'une grossesse à terme. L'enfant se présente par le crâne, dont on reconnaît la présence au niveau du détroit supérieur. L'état général de la femme est mauvais ; il existe une grande prostration. Enfin, j'apprends que, pour activer le travail, une quantité assez considérable de seigle ergoté a été administrée.

« Dans ces conditions, je me décide à intervenir immédiatement. Ne pouvant, à cause de l'étroitesse du col, introduire aucun instrument, je résolus de pratiquer la version, sans me dissimuler les dangers ni les difficultés d'une pareille manœuvre. Ma tentative fut heureusement couronnée de succès, je parvins à extraire un enfant mort, il est vrai, mais du moins la femme était sauvée. »

A la suite de cette relation, beaucoup trop sommaire, l'auteur ajoute quelques remarques. Qu'il me suffise de reproduire la dernière, la seule sur laquelle je désire fixer un instant votre attention.

« Le fait qui précède, dit notre confrère, me paraît surtout intéressant au point de vue de l'intervention opératoire. Conformément à l'opinion émise par M. Guéniot qui ne regarde pas comme impossible la version pelvienne dans les cas de tétanos utérin, j'ai pratiqué cette opération, avec difficulté sans doute, mais aussi avec succès. »

Puisque, pour régler son intervention, M. Zuède s'est inspiré d'une

opinion que j'ai, en effet, récemment exprimée devant vous (1), je crois nécessaire de revenir sur cette dernière afin d'en bien préciser la portée.

En déclarant la version toujours *possible*, même dans les cas de rétraction violente de l'utérus, je n'ai nullement prétendu qu'il fût habituellement bon de la pratiquer. Tout au contraire, dans les cas de présentation du tronc avec enfant mort, la dérotomie ou l'éviscération me semble le plus souvent bien préférable; de la sorte, on élude en grande partie les difficultés qu'engendre le tétanos utérin. Mais lorsque, par suite de circonstances exceptionnelles, ces opérations se montrent impraticables ou sont jugées plus dangereuses que la version elle-même, il va de soi que c'est à celle-ci qu'il convient de recourir; et, je le répète, si l'on se conforme aux règles que j'en ai données ailleurs (2), la manœuvre de la version sera toujours rigoureusement possible.

Cette manière de voir, il est aisé de le reconnaître, diffère sensiblement de la pratique suivie par M. Zuède. Dans les observations que j'ai faites ici, je n'avais en vue que les cas où l'enfant se présente par le tronc, tandis que dans l'exemple relaté par notre confrère il s'agissait d'une présentation du crâne. De plus, jamais je n'ai voulu dire que la version dût être tentée avant toute dilatation de l'orifice utérin; or, cette opération fut exécutée par M. Zuède alors que « l'orifice externe était à peine entr'ouvert et que l'orifice interne restait étroitement resserré, » c'est-à-dire, en d'autres termes, avant même que le col fût complètement effacé. En telles conditions, j'avoue que, loin de recommander l'emploi de la version, je m'appliquerais plutôt à la proscrire; car, il s'agit ici de l'*accouchement forcé*, dont les effets généralement désastreux ne sont plus chose à démontrer.

Je conviens, toutefois, qu'il est certains *cas de nécessité* où l'opérateur se trouve en quelque sorte contraint d'agir, sans pouvoir disposer du choix de la méthode. Alors, *nécessité fait loi*. C'est une nécessité de cet ordre, je me plais à le croire, qui s'est imposée à notre confrère; et l'issue de l'opération, toute favorable pour la mère, mérite certainement d'être notée. Mais il est à regretter qu'une rédac-

---

(1) *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1877, p. 583.

(2) *Nouveau procédé de version applicabe aux cas difficiles ou procédé anoptébien* (*Arch. de Tocol.*, 1877, p. 651).

tion par trop laconique et l'absence de très-importants détails ne nous permettent pas de tirer meilleur profit de ce succès-relatif.

Je n'insisterai pas sur l'abus qui fut fait de l'ergot de seigle ; car cet abus est devenu tellement vulgaire, que l'on peut avec vérité en pressentir l'existence dans presque tous les accouchements laborieux qui sont mal dirigés. Grâce à la facilité de son emploi, cette substance est, en fait, plus pernicieuse que bienfaisante ; et il en sera ainsi tant que les sages-femmes ignorantes auront pleine liberté de la prescrire.

M. Zuède nous a encore adressé, à la date du 6 mars dernier, une autre note « *sur deux cas de polypes du col de la matrice.* » Mais ce dernier travail, tout en nous montrant le succès chirurgical de l'auteur, ne renferme aucune particularité qui puisse ajouter aux notions actuellement acquises sur la matière. Je crois devoir conséquemment me borner à cette simple mention ; et, comme conclusion de ce rapport, je vous proposerai :

1° D'adresser à M. le Dr Zuède des remercîments pour ses communications ;

2° De déposer les deux *notes* de l'auteur dans les archives de notre Société.

Discussion.

M. Tarnier. Je désire défendre le rapport que j'ai fait à l'Académie ; j'ai dit que le seigle ergoté était un excellent médicament qu'il fallait savoir manier.

Si on doit le défendre aux sages-femmes, il n'y a pas de raison pour ne pas le défendre aussi aux médecins. Je crois que le meilleur moyen pour conserver les avantages de cet excellent médicament, c'est de bien définir les cas où il faut l'employer.

M. Guéniot. L'Académie était consultée pour savoir si oui ou non il fallait conserver aux sages-femmes le droit d'administrer le seigle ; je crois qu'il aurait fallu spécifier que la sage-femme ne pourrait donner le seigle que lorsque l'enfant et le placenta n'étaient plus dans l'utérus. De cette façon, on aurait empêché l'administration du seigle pendant la période de l'accouchement et empêché ainsi de nombreux accidents.

M. Tarnier. Nous ne pouvons pas retirer l'emploi d'un médicament qui, bien administré, peut sauver la vie d'une femme. Au lieu de faire des lois de proscription, il faut instruire les médecins et cela

sera plus profitable. Il faut répéter souvent et bien haut que l'administration du seigle pendant le travail augmente le nombre des enfants mort-nés, et que son emploi, entre la sortie des enfants et celle du placenta, rend la délivrance difficile.

M. Guéniot. Je crois qu'il faut poser en principe que l'on ne doit administrer le seigle que lorsqu'il n'y a plus rien dans l'utérus.

M. Tarnier. Rien de solide dans l'utérus, comme le dit M. Pajot, car lorsqu'il y a des caillots, l'emploi du seigle ne peut qu'être utile.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Le Dr Hayes présente les pièces d'une **grossesse intra-utérine** dont il avait fait mention à la séance précédente. Ces pièces consistaient en un utérus avec ses annexes enveloppés dans une masse de sang coagulé, provenant de la rupture d'un kyste, qui siégeait à l'extrémité de l'une des trompes de Fallope. Le Dr Hayes supposa que le kyste contenait un fœtus, mais ce dernier ne put être retrouvé après un examen minutieux.

Le Dr Herman fait passer sous les yeux de la Société un **utérus double, avec vagin double.** La femme qui présentait cette malformation avait eu deux enfants, et n'avait jamais présenté de troubles pouvant faire soupçonner l'existence de cette conformation particulière.

Le Dr Roper montre le moule d'une tête d'enfant né en **présentation de la face** (mento-antérieure). Le moule fait voir les déformations particulières de la tête dans cette présentation.

Le Dr Aveling présente un instrument dont il s'est servi pour réduire une **inversion utérine datant de 15 mois,** et qui consiste en une tige courbe surmontée d'une cupule. L'auteur réussit, à l'aide de cet appareil, à réduire un utérus inversé, qu'un chirurgien était sur le point d'amputer.

Le Dr Aveling lit ensuite un mémoire sur un nouveau forceps qu'il a fait construire, et qui présente diverses courbures : 1° courbure de la tête ; 2° courbure pelvienne ; 3° courbure périnéale ; 4° courbure des hanches. Le Dr Aveling, après avoir rappelé que le forceps fut inventé par Peter Chamberlen, fit remarquer que Benjamin Pugh, en 1740, fit construire un forceps présentant une courbure pelvienne, et que, sept ans auparavant, Levret, en France,

avait eu la même idée. La courbure périnéale fut imaginée en 1769, par Robert Wallace Johnson. Quant à la courbure des manches, elle fut conseillée en 1868, par Aveling, qui présenta alors son forceps ainsi modifié à la Société obstétricale de Londres. Cette courbure, suivant l'auteur, facilite l'extraction du fœtus et permet de tirer suivant l'axe du bassin.

Le Dr Mathews Duncan a lu une note sur **les révolutions de la tête fœtale passant à travers un bassin rétréci suivant le diamètre antéro-postérieur.** D'après l'auteur, il y a deux révolutions de la tête, l'une autour du promontoire, l'autre autour de la symphyse pubienne. M. Duncan a fait ses expériences sur un mannequin avec des fœtus frais. Le premier résultat de la traction sur ce tronc de l'enfant, était une révolution autour de la symphyse. La seconde révolution, qui était la plus grande, se faisait autour du promontoire.

Le Dr West fit remarquer que l'on n'avait pas le droit de conclure que les choses se passaient de la même façon lorsque l'on avait affaire à une présentation du sommet, car les conditions de l'expérimentation étaient bien différentes.

Le Dr Braxton Hicks ajouta qu'il était permis de supposer que le mécanisme des révolutions de la tête était différent suivant que la tête était première ou, au contraire, dernière.

(*Séance du* 5 *juin* 1878.) Fancourt Barnes.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ESPAGNOLE (1).

Le Dr Martinez fait la communication suivante ayant trait à une **concrétion osseuse de l'utérus.**

Cyprienne Tormo Lober, née à Aduareta, province de Valence, âgée de 41 ans, mariée, de tempérament lymphatico-nerveux, se présenta à moi le 12 avril 1873, réclamant mes soins, pour être guérie d'une fistule des organes génitaux, fistule dont elle souffrait déjà depuis plusieurs années.

Réglée à 17 ans et régulièrement depuis; mariée à 22, elle a eu six enfants, les quatre premières grossesses n'ont rien présenté

(1) Extrait de *Annales de la Sociedad Ginecologica Espanola*, mars 1877.

de particulier ; à 34 ans elle eut un cinquième enfant, et bien que l'accouchement eut lieu avant terme, grossesse et accouchement furent très-pénibles. A 36 ans elle eut une sixième grossesse plus pénible encore que la précédente qui se termina par un accouchement avant terme très-douloureux. Depuis cette dernière grossesse, son état de souffrance s'est aggravé jusqu'à l'époque actuelle.

Les souffrances proviennent de troubles menstruels, car la menstruation s'est rétablie après l'accouchement, mais irrégulière et très-douloureuse.

Actuellement elle éprouve une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, et une douleur lourde, douleur qui en quelques circonstances devient très-vive, particulièrement au moment des règles, avec irradiations dans les côtés et le dos : fréquentes envies d'uriner qu'elle peut satisfaire sans difficulté, enfin démangeaisons aux parties génitales ; la marche est très-pénible.

A l'examen, le conduit vaginal laisse sourdre un liquide purulent d'une odeur repoussante.

On ne note rien du côté du ventre qu'une douleur qu'une pression un peu forte réveille dans la région hypogastrique. Au toucher, chaleur très-vive du vagin, sensibilité considérable, et vers le milieu de la paroi postérieure, on trouve une solution de continuité à bords ramollis et minces de 2 centimètres et demi de long sur 1 de large et faisant communiquer le vagin avec le rectum.

L'utérus est un peu abaissé, la lèvre postérieure volumineuse non indurée, l'antérieure amincie, comme coupée en biseau et intimement unie à un corps qui obture le col utérin.

Le spéculum introduit laisse voir le col utérin injecté, augmenté de volume, d'un rouge vineux, la lèvre antérieure ulcérée, et accolée à un corps, qui remplit la cavité du col ; une épaisse couche de pus n'en laisse point apprécier la nature : en le touchant avec un stylet, on éprouve cette sensation particulière, que donne cet instrument, lorsqu'il arrive à travers une fistule des parties molles au contact du tissu osseux malade.

On demanda à la malade si elle n'avait pas introduit quelque corps étranger, la réponse fut négative, et son mari qui était présent, fit observer que, depuis longtemps (deux ans environ), il avait renoncé au coït, parce qu'il éprouvait en le pratiquant, au bout de la verge, une sensation de pincement et de déchirure, et que quelquefois le sang coulait.

Le jour suivant, j'introduisis l'index entre la lèvre postérieure et le corps en question, le circonscrivant et me formant une idée plus exacte de son volume, de sa figure piriforme à grosse extrémité dirigée en haut, de sa surface rugueuse, et de ses adhérences en partie avec le corps (pour les deux tiers supérieurs), et en partie avec le col de l'utérus.

Après plusieurs examens, l'opération étant résolue et acceptée, je la fis le 24 avril 1873, et je parvins à extraire le corps que je présente sans grande souffrance pour la malade, sans réaction consécutive. Le résultat fut heureux à tous égards, puisque la malade put se lever huit jours après l'opération et s'en aller dans son pays vingt-quatre jours après, sans rien ressentir qui lui rappelât ses anciennes souffrances, ses forces étant en partie revenues.

En septembre de la même année, elle vint me revoir dans un état très-satisfaisant.

Voici comment je fis l'opération :

J'introduisis l'index entre le corps étranger et la lèvre postérieure de l'utérus, lentement, soigneusement, de crainte de trouver la paroi utérine très-amincie et de la déchirer.

J'arrivai ainsi sans difficulté à rompre les attaches qui la maintenaient dans sa partie supérieure.

Cela fait, toujours avec le doigt, je délogeai de la cavité utérine la grande portion du corps, puis lui imprimant un mouvement de bascule, je l'amenai en bas ; alors étant saisissable j'y appliquai de fortes pinces, que je confiai à un aide après quelques légères tractions. Alors d'autres aides écartant les grandes lèvres, avec un bistouri boutonné, je réussis à la séparer complètement, en disséquant à petits coups la partie du col à laquelle il était adhérent.

Pendant et après l'opération je touchai légèrement avec une solution de perchlorure de fer les parties saignantes et l'opération fut terminée.

Quant à la perte de substance de la cloison recto-vaginale, elle alla diminuant d'étendue; comme elle n'apportait aucun gêne à la malade, dont l'état général mauvais si longtemps n'était pas encore satisfaisant, je ne voulais pas faire alors une nouvelle opération.

Caractères physiques du corps extrait :

Il est piriforme ; présentant un grand diamètre de 7 centimètres et demi, et une épaisseur de 5 centimètres.

La surface est très-rugueuse ; son aspect celui d'un éponge très-

dure; son poids est de 170 grammes. Soumis à une coupe dans son grand diamètre, la superficie de la coupe offre partout le même aspect.

L'analyse chimique faite par le Dr Joseph Fort donna comme résultat de la gélatine, de l'osséine et les sels qu'on trouve dans le tissu osseux.

L'analyse histologique faite par le Dr Raphael Ariza ne sera donnée que dans une prochaine séance.

En terminant le Dr Martinez fait remarquer qu'il ne s'agit pas ici d'un *myome calcifié*, d'une *pétrification amorphe*, mais bien d'une *concrétion osseuse*, résultant de l'ossification d'un fibrome interstitiel.

S. Thevenot.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mammelle et de la seconde enfance, par le Dr E. Bouchut, 7e édition, Paris, 1878, J.-B. Baillière et fils.

La pathologie est loin d'être la même aux divers âges de la vie, et on ne saurait nier que la même affection ne revête les caractères les plus dissemblables chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard. Aussi fait-on œuvre utile quand on cherche à spécialiser un peu les maladies aux diverses époques de la vie, et on ne saurait y arriver, il faut bien le reconnaître, qu'après avoir beaucoup étudié et beaucoup vu. La pathologie infantile est peut-être plus particulièrement difficile, à cause du sujet même sur lequel elle porte et des embarras qu'éprouve le praticien dans l'examen du malade et surtout dans l'étude du commémoratif. Il y a là une série de moyens d'enquête et de recherches, de ruses et de façons d'investigation que l'auteur est fort à même de nous indiquer, et qu'il nous signale dans la septième édition d'un livre que nous n'avons guère besoin de recommander à l'attention de nos lecteurs.

Les anciens traités de pathologie infantile, avec lesquels nous avons été élevés, ont tous un peu vieilli, la science a marché comme toutes choses, et nous avions besoin que la réédition du **Traité** pra-

tique vint nous remettre en mémoire les récentes découvertes contemporaines.

Dans la première partie, pathologie et sémiotique de l'enfance, nous trouvons les règles générales qui doivent présider à l'examen des enfants. Nous y voyons étudiés la physionomie, le geste, les attitudes, le cri, les signes tirés de l'examen de la bouche, du ventre, des vomissements, des excréments, de l'urine, de la respiration. de la circulation, etc. Puis viennent les données qui résultent de la pesée des enfants, de la mortalité des nouveau-nés, en un mot, tous les éléments du diagnostic tiré du malade lui-même.

Le cadre nosologique le plus étendu sert ensuite à la description des maladies des enfants, tant médicales que chirurgicales, et c'est ici que se montre plus spécialement la personnalité de l'auteur qui, après avoir glissé un peu vite sur les maladies semblables chez l'enfant et chez l'homme, s'attache à nous faire toucher du doigt les différences qui existent dans certains cas, et s'étend avec grand soin sur les maladies spéciales au premier âge, et dont on ne retrouve pas les analogues plus tard.

Dans une énumération aussi vaste, M. Bouchut s'est attaché à donner à ses descriptions le plus de concision possible, tout en restant complet. Les travaux personnels très-considérables du médecin de l'hôpital des Enfants-Malades se retrouvent dans les chapitres consacrés à l'ulcération de la langue dans la coqueluche, à la névro-rétinite dans les maladies cérébro-spinales et dans la méningite; aux applications du microscope au diagnostic des maladies vermineuses, à l'étude des parasites, du muguet et des différentes espèces de teigne, etc.

Si nous indiquons encore ce qui est relatif à l'albuminurie et à la leucocythose dans le croup et dans la diphthérie, à l'endocardite végétante des maladies aiguës de l'enfance, aux infarctus sous-cutanés dans les maladies septicémiques, à l'anesthésie dans le croup, à la leucocythémie aiguë, nous aurons montré sans doute de quelle utilité peut être pour le médecin un peu éloigné des grands centres. ce véritable compendium de Pathologie et de Thérapeutique infantiles.

Dr Ed. Labarraque.

REVUE DES JOURNAUX.

Ein Kaiserschnitt mit Exstirpation des Uterus. Mit Bemerkungen über das einschlagige Verfahren (Opération césarienne accompagnée d'extirpation de l'utérus; observation suivie de remarques sur le procédé employé), par le professeur P. Muller, de Berne. — L'issue ordinairement fatale de l'opération césarienne tient surtout à l'hémorrhagie presque intarissable dont elle s'accompagne et à l'auto-infection toujours imminente grâce à la communication de la plaie utérine avec la cavité abdominale.

La suture de l'incision faite à l'utérus, fréquemment pratiquée depuis quelque temps, n'a guère modifié le chiffre de la mortalité consécutive à cette opération. En revanche, les chirurgiens disposent maintenant de moyens plus puissants contre l'hémorrhagie et l'infection septique.

D'un autre côté, les résultats de plus en plus favorables de l'extirpation de l'utérus employée contre les fibro-myomes ont donné l'idée de l'exécuter dans l'opération césarienne, afin de diminuer les périls de cette dernière.

Il y a déjà une centaine d'années, qu'en Italie Cavallini, qui extirpait l'utérus de femelles d'animaux pleines, émettait l'opinion que cette opération remplacerait peut-être plus tard l'opération césarienne.

En négligeant le fait de Storer, qui s'est servi de la laparotomie de l'opération césarienne pour enlever un utérus envahi par des tumeurs fibreuses, l'extirpation de l'utérus dans l'opération césarienne n'a été exécutée jusqu'ici que quatre fois, à la connaissance de Muller, du moins; deux fois elle a été suivie de succès (Porro, de Pavie, et Spaeth, de Vienne), deux fois elle a entraîné la mort (Spaeth et Carl von Braun, de Vienne).

Bien que le résultat de ces opérations, s'il est permis, malgré leur petit nombre, d'en tirer quelques conclusions, ne soit nullement décourageant, Muller estime que le procédé suivi par les opérateurs n'était pas le plus propre à obvier aux dangers inhérents à l'opération césarienne. En effet, ces chirurgiens, procédant comme dans l'ancienne méthode, ont incisé l'utérus dans la cavité abdominale et ne

l'ont amené au dehors qu'après l'avoir vidé de son contenu. Cette façon de faire présente un double inconvénient. En premier lieu, en dépit de toutes les précautions, le sang et les liquides fœtaux peuvent s'épancher dans la cavité abdominale au moment de l'extraction du fœtus et de la brusque diminution de volume qu'éprouve alors l'utérus; en second lieu, lorsqu'on ne pratique la constriction du col qu'après l'utérus vidé, on prévient bien les hémorrhagies dépendant d'une rétraction insuffisante et se produisant après fermeture de l'incision abdominale, mais non celles qui accompagnent l'ouverture de l'utérus, l'extraction du fœtus et du placenta, et qui durent jusqu'à la constriction du col; or, ce sont justement ces dernières qui sont les plus dangereuses.

Pénétré de ces inconvénients, Muller a imaginé un nouveau procédé opératoire qu'il a appliqué avec plein succès dans le fait suivant :

Ouvrière de fabrique, âgée de 37 ans, admise, au neuvième mois d'une grossesse, à la clinique obstétricale de Berne. Menstruation toujours régulière. Deux premiers accouchements parfaitement normaux, l'un à 22 ans, l'autre trois ans plus tard. Il y a environ six ans que, dans le cours d'une troisième grossesse, se montrèrent les premiers symptômes d'ostéomalacie qui s'accusèrent davantage pendant la grossesse suivante; toutefois les accouchements restèrent faciles. A la suite du quatrième, l'affection osseuse fit de tels progrès que la patiente dut entrer à l'hôpital de Bâle; elle était alors incapable de se tenir seule debout ni de marcher sans aide. Après sa sortie de l'hôpital, elle devint grosse pour la cinquième fois, et elle accoucha il y a dix-huit mois tout aussi aisément que les fois précédentes. Le travail dura treize heures; la poche des eaux fut percée par une sage-femme; l'enfant à terme, en présentation céphalique, fut expulsé vivant au bout de très-peu de temps. La marche redevint possible.

Actuellement, cette femme, enceinte pour la sixième fois, n'a plus ses règles depuis mai 1877; taille de 1 m. 50; cyphose de la colonne dorsale et lordose très-prononcée des vertèbres lombaires. Genua valga. Diamètre des épines, 21; diamètre des crêtes, 27; diamètre de Baudelocque, 21. Symphyse fortement proéminente en forme de bec; détroit inférieur très-rétréci; l'arcade pubienne existe à peine à cause du rapprochement des cuisses. Les régions cotyloïdiennes font une saillie très-marquée dans le canal pelvien; le promontoire est *forte-*

ment refoulé en bas et en avant; le coccyx s'en trouve très-voisin. Le détroit supérieur a la forme d'un cœur et est si étroit que, même pendant le sommeil chloroformique, il est impossible d'atteindre la portion vaginale. Ventre pendant, très-développé; circonférence abdominale de 122 centimètres. La présentation fœtale ne peut être exactement reconnue; les bruits du cœur sont perçus au voisinage de l'ombilic.

Le 1er février au matin, la femme annonce avoir perdu les eaux pendant la nuit précédente; douleurs très-faibles. Le lendemain, pas de changement. Le 3 février, les douleurs ne sont énergiques que pendant quelques heures de la matinée. Le 4 février, dans la journée, les douleurs cessent complètement; l'utérus est sensible à la pression; la percussion fait reconnaître la présence d'air dans la cavité utérine; le col ne présente pas la moindre trace de dilatation et les os sont inextensibles. Enfin, on ne perçoit plus les bruits du cœur fœtal, et la température et le pouls demeurent très-fréquents (39°, 136 pulsations).

A 8 heures du soir, Muller se décide à pratiquer l'opération césarienne. La patiente est portée dans une salle chauffée à 20° centigrades; on l'endort et on l'opère sous le nuage phéniqué. Vu la minceur des parois, l'incision abdominale ne réclame qu'un temps très-court; un seul vaisseau exige une ligature. Une petite quantité de liquide clair s'écoule de la cavité péritonéale. Muller tente vainement d'étreindre le col dans l'anse métallique; il en est empêché par le peu d'espace et surtout par la présence de la tête fœtale. Il se résout alors à attirer l'utérus encore intact au dehors du ventre; dans ce but, il agrandit l'incision pariétale par en haut et par en bas, en s'arrêtant à 2 centimètres de la symphyse et de l'ombilic. L'utérus, amené au dehors, Muller passe le fil métallique autour du col et le fixe sur le constricteur de Maisonneuve. Il éprouva quelque embarras pour choisir le lieu d'application de l'anse, parce qu'une saillie arrondie, molle à la face antérieure du col, lui fit croire à la présence de la vessie; le cathétérisme permit de reconnaître l'erreur et la suite montra qu'il s'agissait d'un céphalématome. Après avoir disposé des éponges tout autour du col et sur la plaie abdominale afin d'éviter la chute des liquides utérins dans la cavité abdominale, l'anse fut serrée fortement et une longue incision pratiquée sur la paroi antérieure de l'utérus. Un vaisseau seulement donna un peu de sang d'une façon passagère. Une grande quantité de gaz fétides s'échappè-

rent de l'utérus, en même temps que des liquides fœtaux en décomposition très-avancée. Le fœtus, de sexe féminin, offrant déjà des signes de putréfaction, avait une longueur de 51 centimètres et pesait plus de 3 kilogr. ; le placenta, inséré sur la paroi postérieure, fut extrait sans hémorrhagie. L'utérus (avec ses différentes annexes) fut sectionné à 1 centimètre 1/2 au-dessus de l'anse, sans que la malade perdît une goutte de sang. Les intestins, très-ballonnés, causèrent quelque gêne au moment de la fermeture de la plaie abdominale qui fut accomplie à l'aide de sutures profondes comprenant le péritoine et de sutures superficielles. Trois points de suture de chaque côté assujettirent la portion laissée du col aux lèvres de l'incision abdominale. Entre le pédicule et le dernier point de suture abdominale, un tube à drainage fut introduit pour permettre des lavages en cas de péritonite. — Le pansement et le traitement consécutifs furent ceux de l'ovariotomie. Dès les premiers jours, le pédicule se rétracta et occasionna une dépression infundibuliforme de plusieurs centimètres au niveau du point de la plaie qu'il occupait. L'anse et le constricteur tombèrent le dixième jour. Le tube à drainage, reconnu superflu, fut retiré dès le cinquième jour. Au voisinage de l'entonnoir, les bords de l'incision s'écartèrent superficiellement dans une certaine étendue, mais les couches profondes restèrent unies. En arrière de la portion supérieure de la plaie, se forma une induration assez vaste au niveau de laquelle les téguments se gangrenèrent. Le onzième jour seulement, la température s'éleva momentanément à 39°. Au moment où l'auteur publie ce fait, dix-sept jours se sont écoulés depuis l'opération, et la patiente peut être considérée comme hors de tout danger, car son pouls et sa température sont normaux, l'induration a presque entièrement disparu, des bourgeons comblent l'entonnoir et revêtent les téguments qui se sont mortifiés.

Muller est persuadé qu'avant l'opération, cette femme était atteinte d'endométrite septique, car elle avait, depuis plusieurs jours, une fièvre intense, de la sensibilité et de la tympanite utérines, etc., et la face interne de son utérus présentait cette coloration verdâtre sale, si habituelle dans les lésions puerpérales. En face d'un tel état de choses, l'extirpation de l'utérus était absolument indiquée et elle supprima du coup les phénomènes fébriles.

En terminant, l'auteur réfute les deux objections qu'on peut faire à son procédé opératoire : nécessité d'une incision très-vaste pour don-

ner passage à l'utérus contenant le fœtus et danger d'asphyxie de ce dernier à cause de la constriction préalable du col.

(*Centralblatt f. Chir.*, n° 5, 1878). BEX.

Beitrage zur normalem und pathologischen Histologie der Menschlichen Uterusschleimhaut (Contribution pour l'histologie normale et pathologique de la muqueuse utérine), par WYDER, avec une planche. *Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 1.

Ce travail important qui comprend 55 pages est divisé en trois parties. La première, consacrée à l'étude de la muqueuse chez l'enfant, se résume dans les conclusions suivantes qui en donnent la substance.

1° Pendant l'enfance et jusqu'à la puberté l'utérus se trouve dans un état complet de repos et ne s'associe point aux mouvements de croissance qui se montrent dans les autres organes avec une grande énergie.

2° Pendant cette période on ne saurait démontrer un développement progressif de la muqueuse utérine et de ses glandes.

3° Pendant cette période l'épaisseur de la muqueuse est soumise à des changements individuels et oscille entre un 1/2 millimètre et 1 mill. 1/2, sans que l'âge soit pour quelque chose dans ces manières d'être.

4° La manière d'être des glandes existant dans le corps de l'utérus est très-variable; dans quelques cas et même chez des enfants de 8 ans on ne trouve pas de glandes; dans d'autres et même dans le plus grand nombre, et même chez les nouveau-nés, on peut constater des glandes simples et ramifiées très-multipliées ayant une analogie complète avec les glandes utriculaires de l'adulte.

5° Au cervix semblablement les glandes peuvent faire défaut dans quelques cas, mais quand elles existent elles ont la forme de cryptes muqueux et très-rarement celle de glandes tubuleuses.

6° Les papilles ne se présentent pas seulement chez les adultes, elles s'observent aussi sur la muqueuse des enfants.

7° L'épithélium prismatique ne diffère pas de celui des adultes mais il est dépourvu de cils vibratiles. L'apparition des cils vibratiles est, suivant toute vraisemblance, une caractéristique de l'imminence de la puberté.

La deuxième section, consacrée à l'étude de la muqueuse pendant la menstruation et l'endométrite, à raison de son importance, a donné

lieu à des développements plus considérables. Nous ne saurions suivre l'auteur dans la description minutieuse de deux examens microscopiques de la muqueuse utérine menstruelle, comme aussi dans la discussion des opinions émises par ses devanciers, et nous nous bornons à donner la traduction des conclusions qui terminent l'un et l'autre chapitre.

1° L'hémorrhagie menstruelle n'est point le fait d'une dégénérescence graisseuse primitive du tissu muqueux comme l'admettent *Kundrat* et *Williams*, mais est due suivant toute vraisemblance aux changements particuliers survenus dans la manière d'être des vaisseaux de la muqueuse (*Léopold*).

2° Pendant le processus menstruel, les parties les plus superficielles de la muqueuse se détachent; quant aux parties profondes, elles restent intactes.

3° Pendant le processus menstruel le tissu interglandulaire se caractérise essentiellement par de petites cellules; les cellules se distinguent par un noyau qui persiste pendant toute leur durée; tandis que dans la caduque vraie on remarque dès les premières semaines une hypertrophie considérable de l'élément celluleux, et un arrêt dans la croissance du noyau contrastant avec le développement du protoplasma cellulaire.

4° La différence entre la caduque de la menstruation et la caduque de la grossesse est tellement marquée qu'on ne saurait confondre l'une avec l'autre. Partant, il est très-facile de distinguer les membranes dysménorrhéiques des caduques provenant d'une conception très-peu avancée. Pour accuser cette différence capitale, la muqueuse menstruelle devrait être désignée toujours sous ce nom et non sous celui erroné de caduque menstruelle.

Etudiant ensuite la muqueuse utérine, dans le catarrhe utérin, dans les végétations polypeuses, dans l'endométrite fongeuse ou hyperplasique dans l'endométrite villeuse, dans les polypes, c'est-à-dire dans les diverses maladies qui peuvent l'altérer, il conclut :

1° Que le tissu interglandulaire de la muqueuse utérine est formé par du tissu connectif embryonnaire ou du tissu de granulation.

2° Que ce tissu dans le cours de processus endométriques éprouve des transformations multiples mais que jamais il ne survient dans sa trame les grandes cellules qui caractérisent la caduque vraie. Partant, quelque variées que puissent être ses transformations, il ne mérite jamais de recevoir le nom de caduque.

La dernière section, consacrée à l'étude de la dysménorrhée membraneuse, s'appuie sur deux observations originales. Elle est précédée et suivie d'une discussion approfondie des diverses opinions émises et se termine par les conclusions suivantes qui la résument d'une façon exacte.

1° La dysménorrhée membraneuse ne constitue point un processus particulier, mais est l'expression symptomatique d'une série de processus endométriques.

2° Par suite, les membranes détachées ont des caractères variés; tantôt elles consistent essentiellement en plasma fibrineux (*fibringerinsel*); tantôt elles sont une muqueuse modifiée par une endométrite antérieure et offrent un tissu interglandulaire, fibrillaire ou à petites cellules.

3° Dans tous les cas où la membrane détachée avec les symptômes de la dysménorrhée offre les caractères de la caduque dans le sens précis du mot, on doit diagnostiquer un avortement. La caduque est alors, tantôt sous la dépendance d'une grossesse intra-utérine dont l'œuf est passé inaperçu, tantôt elle est le fait d'une grossesse intra-utérine.

4° L'expression de « caduque menstruelle » appliquée à toutes les membranes dysménorrhéiques ne saurait, à ce point de vue, se justifier et doit être rejetée, car elle peut être l'occasion d'une confusion regrettable.

Telle est, en résumé, la substance de ce travail : quoiqu'il aborde une question maintes fois agitée, il m'a paru mériter d'être analysé avec quelque soin. Sans doute, il ne met pas en circulation un grand nombre d'idées neuves, mais il se recommande au lecteur par une étude consciencieuse et par une exposition claire et méthodique.

A. PUECH.

Tumeur phlegmoneuse intra-pelvienne, intéressant le rectum, l'utérus et le plexus sacré; guérison, par E. Bermingham, M. D. — Catherine C..., 34 ans, mariée, mère de deux enfants, avorte, le 28 septembre 1875, entre le cinquième et le sixième mois de sa grossesse; enfant mort-né. La fausse couche a été annoncée par des fatigues domestiques, et des courses faites avec le dernier enfant, âgé de 3 ans environ. Le jour suivant, la malade eut un frisson, et

un peu de douleur dans la région utérine, la température s'éleva à 39,44, et le pouls à 138.

Prescription. Solution de morphine américaine : 4 grammes (1) de deux en deux heures, soulagement complet, dans l'espace de moins de vingt-quatre heures.

Deux jours plus tard, retour du frisson et de la fièvre.

Pendant un peu plus de deux semaines, l'ensemble des symptômes fit soupçonner une cellulite péri-utérine. Pendant ce temps, le traitement consista en fortes doses de morphine, en quinine, en fermentations chaudes, en injections vaginales, en vin, et repos complet. Les selles ne se produisaient que sous l'influence de laxatifs; huile de ricin ou pilule de coloquinte; mais, après l'apaisement des symptômes inflammatoires, on ne put obtenir d'évacuation, même avec un gr. de poudre de jalap composée.

Le 23 octobre, après vingt jours de constipation, l'examen du rectum fit reconnaître une large masse dure entourant complètement l'intestin; cette tumeur est aussi perceptible par le palper recto abdominale et recto-vaginal; utérus immobile. La situation de la tumeur est telle que l'extrémité du doigt peut à peine être engagée dans le rétrécissement rectal qu'elle produit. Elle est plus grosse qu'une forte orange, et fait presque corps avec le bassin; auquel on peut communiquer des mouvements, en saisissant la tumeur par le palper recto-abdominal. Un lavement administré ne franchit pas le point rétréci, il est immédiatement rendu. Je conclus que cette tumeur est un dépôt inflammatoire dû à une pelvi-cellulite. La malade souffre beaucoup des accumulations des matières, et, le jour suivant, j'introduis une longue canule au delà du point retréci et je vide l'intestin en injectant, tour à tour, de l'eau tiéde, et en aspirant les matières mêlées à l'eau. Cette manœuvre amène un soulagement de quelques jours.

Le 29, au matin, il y eut une consultation avec le Dr J.-L. Lottle, et, l'après-midi, avec le Dr T. Gaillard-Thomas. A la suite de ces consultations nous conclûmes que la tumeur était un dépôt inflammatoire, suivi d'une pelvi-cellulite mais qu'il pouvait avoir existé, avant la fausse couche, quelque altération maligne du côté du rectum, et que s'il en était ainsi, toute la masse prendrait très-probablement

(1) La solution de morphine de la pharmacologie américaine est 1/600e (traducteur).

un caractère cancéreux.. La malade fut mise à l'usage des toniques, et nous lui fîmes prendre de la crême de tartre et du soufre, chaque soir, comme laxatif, en attendant l'évolution de la maladie.

1er novembre. Pas de selle depuis une semaine, angoisse insupportable dans la région inguinale, et le long de la cuisse gauche. Evacuation fécale obtenue comme le 23, soulagement complet.

Le 8. Depuis l'évacuation de la semaine dernière, la crême de tartre unie au soufre a suffi pour amener une selle molle chaque jour, mais, depuis deux jours, la malade souffre beaucoup, elle a rendu ce matin par l'anus des matières limoneuses de mauvaise odeur. Elle a pris de temps en temps de la morphine contre le symptôme douleur, mais ce remède ne procure plus un calme complet.

Le 15. Il y a deux jours, consultation entre les Drs Willard, Parker et M. D. Stimson, leur opinion est que la tumeur n'est pas maligne. Ils ont décidé de continuer le traitement pendant quelques mois, et d'y ajouter de l'iodure de fer et l'iodure de potassium.

1er janvier 1876. L'examen fait constater une diminution réelle du volume de la tumeur. La malade ne souffre pas constamment, mais elle a de temps en temps des paroxysmes douloureux, quelquefois très-violents. Ces accès paraissent de deux natures ; ce sont des coliques, calmées per la térébenthine, prise à l'intérieur, et des douleurs coxales et crurales gauches, dues sans doute à l'empiètement de la tumeur sur le plexus sacré, et qui exigent l'emploi de la morphine. Grâce aux laxatifs, les selles sont régulières, l'état général est beaucoup meilleur.

1er février. Le mieux se soutient. Les fèces sont plus solides, et ne sont plus divisées en autant de fragments que précédemment. Les selles sont peu douloureuses. Les douleurs dont j'ai parlé sont aussi beaucoup moindres. L'examen fait reconnaître que la massse morbide se résorbe rapidement, elle est réduite à peu près au volume d'un œuf de poule, et permet de communiquer des mouvements à l'utérus.

Quelques jours plus tard, le Dr G. Thomas reçoit la malade ; il constate très-nettement l'amélioration de l'état général et la diminution de la tumeur.

1er mars. Me C... est très-heureuse de pouvoir reprendre la direction de son ménage, et d'avoir une selle tous les deux jours, sans prendre de remède. J'ai omis de dire que dans les premiers jours de décembre, les règles apparurent, et que le soir de ce jour, la malade

devient presque folle de douleur ; il fallut la calmer avec une injection d'une forte dose de morphine. L'écoulement s'arrêta sous l'influence du médicament, et ne reparut qu'au milieu de février ; il fut alors parfaitement normal. Je ne touche pas la malade.

30 juin. La malade n'éprouve ni gêne ni douleur. Le toucher reconnaît que l'utérus est parfaitement libre et mobile, et que le rectum a repris son calibre normal. Il reste encore un petit dépôt, qui, très-certainement, ne tardera pas à être absorbé. Ce cas est intéressant, d'abord au point de vue du volume du dépôt. Les gynécologistes reconnaissent tous l'existence de la pelvi-cellulite, et la décrivent, mais aucun, à ma connaissance, n'a signalé un dépôt aussi considérable que celui que je viens de citer. C'est son volume qui, à chaque consultation, a fait discuter sérieusement la question de sa malignité. Puis vient la question du traitement. Quel traitement chirurgical serait justifiable dans un cas de ce genre ? La malade souffrait énormément de l'accumulation des fèces, et de la pression subie par le plexus sacré ; elle demandait une opération qui pût la soulager. Elle ne prenait plus de nourriture et, un moment, la mort par inanition paraissait imminente. Nous discutâmes l'utilité de la colotomie lombaire, qui aurait supprimé une des causes de douleur, la pression des fèces ; cette opération était particulièrement indiquée, si la tumeur était maligne. Nous nous décidâmes cependant à ne pas intervenir. Les matières furent extraites de la même manière que le 23 octobre, chaque fois que leur accumulation devenait pénible.

Ce cas est donc un excellent plaidoyer en faveur de la chirurgie conservatrice.

(*Ohio medical and Surgical Journal*, vol. I, p. 152.)

CORDES.

Nouvelles observations et expériences pour déterminer la quantité de matières albuminoïdes que contient le lait de femme, par le Dr S STENBERG. — Nous donnons une analyse détaillée de cet important mémoire publié dans les *Archives médicales du Nord* (*Nordiskt medicinskt Arkiv*, Band IX. Stockholm, 1877).

Après avoir fait valoir la nécessité d'une révision fondamentale, à l'aide de méthodes analytiques basées sur les recherches récentes rela-

tives à la composition quantitative du lait de femme, l'auteur rend compte des recherches qu'il a faites pour déterminer la quantité totale des matières albuminoïdes qui y sont contenues. Il n'a cru devoir recourir qu'à deux des méthodes proposées et employées jusqu'ici à cet effet, savoir : celles qui se fondent sur la précipitation des matières albuminoïdes, l'une par le tannin, l'autre par l'alcool, parce que, grâce à ces modes de précipitation, il est admis que, dans certaines circonstances, les matières albuminoïdes du lait peuvent être précipitées entièrement, ce qui n'est pas le cas avec d'autres procédés en usage, par exemple l'acidification du lait par de l'acide acétique et l'ébullition, l'addition de sulfate de magnésie ou de sel marin sous forme solide et l'ébullition, avec ou sans acidification préalable, — procédés avec lesquels demeure toujours, dans le liquide filtré, un reste des matières albuminoïdes, qui peut être précipité par le tannin.

Quant à la méthode par le tannin, l'auteur l'a appliquée d'après les prescriptions données par Girgensohn et Taraszkewicz.

En ce qui concerne la précipitation complète des matières albuminoïdes par cette méthode, le premier de ces savants a fait connaître, qu'en examinant avec la réaction à l'azote de Lassaigne le reste d'évaporation du liquide filtré, obtenu après la précipitation des matières albuminoïdes par le tannin, soit du sérum du sang, soit de l'urine albumineuse et aussi du liquide d'une hydrocèle, il l'a trouvé absolument exempt d'azote, et l'autre de ces investigateurs déclare, qu'après l'examen, par le même procédé, du résidu sec du liquide filtré, après la précipitation des matières albuminoïdes *du lait* par le tannin, il a obtenu soit un résultat négatif, soit tout au plus une trace de bleu de Prusse.

Les nombreuses expériences faites par l'auteur à ce sujet ont donné cependant un résultat un peu différent des précédents, en ce que, avec l'emploi de la réaction de Lassaigne, il a trouvé constamment que le liquide filtré obtenu du précipité tannique du lait était azoteux. . . . .

L'assertion de Girgensohn et de Taraszkewicz à savoir : que, du tannate de l'albumine desséché puisse être extrait par l'alcool bouillant, sans qu'il soit possible d'y trouver de l'albumine, n'a pas été non plus confirmée par l'auteur; car le tannate précipité encore adipeux ayant été lavé à l'eau froide et ensuite desséché à 110°, puis traité par l'alcool bouillant de 85 %, cet alcool, après avoir été filtré et éva-

poré jusqu'à siccité au bain-marie, laissait un résidu qui donnait toujours une très-forte réaction de Lassaigne.

Des expériences de l'auteur, et en admettant qu'il ne se trouve pas dans le lait d'autres matières azoteuses que celles albuminoïdes — ce qui, selon lui, exige une confirmation réitérée — il résulte que la détermination quantitative des matières albuminoïdes dans le lait, au moyen de la méthode par le tannin, ne peut se faire sans perte. Il est pourtant possible que cette perte, à l'examen quantitatif, soit trouvée si minime, que la méthode puisse néanmoins donner des résultats satisfaisants. C'est ce que l'auteur a recherché, en comparant (voir ci-après) les déterminations d'après cette méthode avec celles données par l'autre méthode qu'il a employée, c'est-à-dire la précipitation des matières albuminoïdes au moyen d'alcool et dans laquelle la perte des matières albuminoïdes est spécialement déterminée.

En employant cette dernière méthode, l'auteur a tenu compte de la modification que Puls y a apportée, et qui consiste en ce que le lait, neutralisé par de l'acide acétique et étendu d'eau, est mélangé avec son volume décuple d'alcool, de manière que le mélange contienne 70 °/₀ d'alcool anhydre, après quoi le tout est bouilli. Le liquide, avec le précipité qui s'y est formé, une fois refroidi, on prend ce dernier sur un filtre et on le lave, après extraction de la graisse à l'aide de l'éther, avec de l'alcool bouillant de 70 °/₀.

Mais contrairement à ce qui a été observé par Puls, l'auteur n'a jamais pu obtenir de cette manière la précipitation complète des matières albuminoïdes du lait; l'on en rencontrait toujours de petites quantités, dans le résidu après l'évaporation du liquide filtré spiritueux. Ce ne fut que quand, pour la précipitation des matières albuminoïdes, l'auteur eut employé de l'alcool plus fort encore, (le titre d'alcool anhydre du mélange de lait et d'alcool atteignait environ 85 °/₀), qu'il obtint un liquide filtré où, après l'évaporation jusqu'à siccité, la présence des matières albuminoïdes ne se révéla pas ou fut soupçonnée à peine, même avec l'emploi du réactif très-sensible de Millon.

Lors du lavage du précipité obtenu ainsi avec de l'alcool de 70 °/₀ et chaud, il s'y est montré cependant une partie de matière albuminoïde, dont on a pu déterminer la quantité en faisant évaporer l'alcool du liquide filtré spiritueux, et en précipitant, au moyen du tannin, les matières albuminoïdes du liquide restant, après quoi

60 °/ₒ du précipité tannique obtenu a été calculé comme matière albuminoïde (Taraszkewicz').

Sans doute ce rapport entre le tannin et les matières albuminoïdes, dans le précipité tannique, n'est pas complètement exact, peut-être même y a-t-il une erreur de quelques centièmes, mais comme la quantité de tannate qu'on obtient de l'alcool de lavage ne s'élève qu'à quelques centigrammes, il s'ensuit que, quand on corrige de cette manière la quantité de matière albuminoïde trouvée d'abord, l'erreur ne porte que sur la 4° décimale et tout au plus, mais légèrement, sur la troisième, dans le total de la quantité de matière albuminoïde trouvée directement et de celle du tannin calculé dans l'alcool de lavage.

Deux déterminations faites de cette façon ont donné les résultats suivants :

Quantité de matières albuminoïdes contenue dans 100 grammes de lait, calculée d'après la quantité trouvée directement, les matières albuminoïdes dans l'alcool de lavage.	I. —	1 gr. 14
	II. —	14 gr. 53
Quantité de matières albuminoïdes dans 100 grammes de lait, calculée d'après la quantité trouvée directement.	I. —	1 gr. 07
	II. —	1 gr. 29
Matières albuminoïdes dans l'alcool du lavage : 60 °/ₒ du tannate.	I. —	0 gr. 0097
	II. —	0 gr. 0222
Tannate albumineux trouvé dans l'alcool de lavage.	I. —	0 gr. 0162
	II. —	0 gr. 037
Quantité trouvée de matières albuminoïdes.	I. —	0 gr. 1456
	II. —	0 gr. 1164
Lait employé.	I. —	13 gr. 6594
	II. —	9 gr. 0499

De ce tableau il résulte que la quantité de matière albuminoïde trouvée dans l'alcool de lavage peut parfois, comme dans l'expérience n° 1, être si minime qu'elle n'influe pas sensiblement sur le résultat de la détermination directe des matières albuminoïdes, mais que dans d'autres cas, par un lavage, un peu prolongé à l'alcool chaud, ou par un précipité plus fermement divisé, elle peut, comme dans l'expé-

rience n° 2, devenir assez considérable pour n'être point négligée, quand il est question de déterminer plus exactement la quantité de matières albuminoïdes, contenue dans le lait.

Pour déterminer la quantité totale des matières albuminoïdes dans le lait de femme, Hoppe-Seyler a recommandé aussi la précipitation avec de l'alcool, bien qu'en quantité un peu moindre, et sans chauffage, et le lavage du précipité par l'alcool froid de 60 °/₀. Pour reconnaître si la quantité de matières albuminoïdes obtenues du lait, d'après la méthode de Puls, est différente de celle que donne la manière de procéder de Hoppe-Seyler, et dans quelle mesure elle l'est, l'auteur a, d'après les deux méthodes, déterminé la quantité des matières albuminoïdes fournies par le même lait, opérant pourtant la précipitation de ces matières avec un volume d'alcool décuple du lait, et d'un degré tel que le mélange contenait environ 85 °/₀ d'alcool anhydre. Il a reconnu alors que ces méthodes — toutes deux avec la modification qui vient d'être mentionnée quant à la quantité et au degré de l'alcool employé pour la précipitation—ne donnent pas des résultats pleinement concordants, attendu que la méthode de Puls donne une quantité de matières albuminoïdes un peu inférieure, bien que dans des proportions insignifiantes, à celle de Hoppe-Seyler.

En effet, quand dans un cas, la première méthode a donné 1,07 °/₀ de matières albuminoïdes dans le lait, la seconde a donné 1,01 °/₀, et quand, dans un autre cas, la première méthode a fourni 1,29 °/₀ de matières albuminoïdes, la seconde présentait 1,35 °/₀ de ces mêmes matières.

En outre, lors de la détermination de la quantité de matières albuminoïdes observée dans l'alcool de lavage, on a remarqué que la différence entre le résultat des deux méthodes provient principalement de ce qu'une plus grande quantité de matières albuminoïdes a été prise par l'alcool de lavage chaud, que par l'alcool froid plus faible.

Il résulte de ce qui précède que, lors d'une détermination exacte, tant d'après la méthode de Puls que d'après celle de Hoppe-Seyler, une correction doit être, selon ce qui a été dit ci-dessus, apportée pour la quantité de matières albuminoïdes contenues dans l'alcool de lavage.

L'auteur a fait la comparaison des déterminations obtenues et par la méthode de l'alcool et par celle du tannin employées directement

pour le lait sans correction. Il a obtenu des résultats qui s'accordent au plus haut degré avec ceux donnés par la méthode de l'alcool, appliquée d'après les prescriptions de Puls, mais, comme on l'a dit plus haut, avec l'emploi d'un alcool plus fort pour la précipitation des matières albuminoïdes. Il s'ensuit, en admettant que les matières albuminoïdes soient précipitées aussi complètement par le tannin que par l'alcool, que la perte en matières albuminoïdes, qui se produit dans l'alcool, de lavage chaud, est à peu près aussi grande dans les deux méthodes, et que pour les déterminations exactes elle doit aussi être corrigée dans la méthode au tannin.

Dans de telles circonstances on est tenté de se poser la question s'il ne serait pas mieux de précipiter la masse principale des matières albuminoïdes d'une manière plus simple encore, c'est-à-dire par l'acidification faible du lait au moyen de l'acide acétique et son ébullition, et ensuite, conformément à ce qui a été proposé précédemment pratiquer la correction nécessaire sur la quantité de ces matières, restées dans le liquide filtré et l'eau ou l'alcool de lavage. Toutefois comme cette question touche de près à celle toute spéciale de la faculté que possède la caséine d'être précipitée du lait de femme au moyen d'acide acétique, l'auteur a jugé à propos de l'ajourner à un futur travail où cette dernière question sera traitée en même temps que l'examen des méthodes employées pour séparer la caséine et l'albumine l'une de l'autre dans le lait.

Enfin l'auteur ajoute quelques mots touchant l'extraction de la graisse des précipités de matières albuminoïdes, Comme on le sait, Gerber a construit dans ce but et décrit un appareil qui permet d'extraire directement, à l'éther la graisse du précipité qui se trouve sur le filtre, sans que le filtre soit détérioré, et sans perte sensible du fluide d'extraction.

L'auteur a trouvé cependant, à l'emploi de cet appareil, quelques inconvénients consistant surtout en ce que le filtre déposé dans la partie supérieure dudit appareil, se trouve trop facilement déplacé, il est jeté de côté par les vapeurs d'éther qui montent du vase inférieur, celles-ci pénétrant la petite couche liquide qui se forme d'ordinaire entre la surface extérieure du filtre et la partie intérieure du vase, sur les points où elles sont en contact ou se rapprochent beaucoup; or cet inconvénient s'est produit surtout quand l'auteur s'efforçait de remplir le filtre jusqu'aux bords, du moins périodiquement, par une vaporisation plus forte de l'éther, ce qui était néces-

saire pour l'extraction complète de la graisse. Cet inconvénient peut pourtant être évité de la manière suivante : dans l'appareil, qui contient le filtre, et dont l'orifice supérieur doit, en ce cas, être plus large que dans celui de M. Gerber, on suspend un petit entonnoir de verre à col effilé au moyen d'une anse de fil de platine. Par cet arrangement de l'appareil le filtre et le précipité qui s'y trouve ont un support convenable, qui les main tient fixés à leur place pendant toute l'opération, et en outre, si le petit trou dans l'entonnoir et l'échauffement au bain-marie sont arrangés de telle manière que l'éther coule de l'entonnoir plus lentement que le réfrigérant qui fournit du liquide, on peut remplir l'entonnoir avec de l'éther jusqu'aux bords du filtre, et le vider aussitôt que la source de chaleur est éloignée — et ainsi tour à tour jusqu'à ce que toute la graisse soit extraite.

Cependant cet appareil peut être remplacé par un autre, beaucoup plus simple, que l'auteur a le plus souvent employé, et qui ne se compose que d'un gobelet de verre, dont le bord est dépoli d'une manière égale et fine, et qu'on couvre par une lame de verre, dépolie de la même manière, perforée au milieu, et fermant exactement le globe, et aux bords duquel elle est retenue par un dépresseur. Dans le gobelet se trouve suspendu, de la manière déjà mentionnée, un entonnoir sans col, mais pourvu d'un petit trou en bas. On verse de l'éther dans le fond du gobelet assez pour que sa surface touche à peu près à la pointe de l'entonnoir, et l'opération se fait d'après les règles déjà indiquées. LUTAUD.

VARIETES

A Monsieur le Dr A. LEBLOND, rédacteur en chef des *Annales de Gynécologie*.

Monsieur,

Dans les *Variétés* des Annales de gynécologie du mois de mai 1874, M. le Dr A. Puech relate différents cas d'expulsion spontanée du fœtus plusieurs mois après sa mort. — Permettez-moi, Monsieur, de

vous communiquer un fait semblable, qui s'est présenté l'année dernière dans ma pratique, et auquel vous accorderez les honneurs de la publicité, si toutefois vous le jugez intéressant.

Mort du fœtus à 6 mois 1/2; expulsion spontanée 57 jours plus tard. — Madame B..., âgée de 28 ans, a été grosse pour la première fois en 1869. Son enfant est venu à terme, mais mort; une chute sur le ventre a été, paraît-il, la cause de cet accident. Dans deux autres grossesses, les enfants sont venus également à terme, mais sont morts, le premier à 8 mois, le second à 3 mois, de convulsions. — L'année dernière, le 18 août 1877, je constate que Mme B... est de nouveau enceinte, pour la quatrième fois donc, et de 6 mois 1/2. Dans la matinée, en quittant la fenêtre, par suite d'un étourdissement, d'une faiblesse probablement, Mme B... s'est affaissée sur elle-même, est tombée assise sur l'angle d'une chaise placée derrière elle, la vulve portant, ressentit une grande douleur à cette région et perdit immédiatement beaucoup de sang. Quand j'arrivai chez la malade, l'hémorrhagie était presque arrêtée; j'ordonnai les moyens usités en pareil cas, en y ajoutant des toniques (bouillon, vin, groog). Le pouls était petit, faible, et donnait 115 à 120 pulsations par minute.

Le lendemain 19 août, le pouls est déjà plus fort. L'hémorrhagie est arrêtée depuis la veille, mais je ne puis retrouver les signes indiquant encore l'existence de l'enfant, et d'ailleurs, depuis l'accident, la mère n'a plus ressenti les mouvements actifs du fœtus. J'examine aussi la vulve et le vagin, je ne trouve pas de plaie, l'hémorrhagie serait donc venue de l'utérus.

Tout va bien le 20 et le 21; seulement dans la soirée du 21, la fièvre s'allume, les seins s'endolorissent et gonflent, c'est la fièvre de lait. Le 22, purgation; on relève les seins, on y applique des cataplasmes. Le 24, grand soulagement; les seins sont moins gros; aucune douleur dans les reins ni dans le bas-ventre; nitrate de potasse, 6 grammes en 3 paquets, un par jour; légère alimentation, repos au lit.

Le 27, les seins sont complètement dégonflés; sauf de la faiblesse, la malade va aussi bien que possible. Je recommande une grande prudence, un bon régime, et de me faire prévenir à la moindre complication.

Le 15 octobre, je suis appelé à 11 heures, Mme B... était accouchée le matin à 4 heures. Rien de particulier ne s'est produit pendant

l'accouchement. La malade me dit seulement avoir perdu beaucoup de sang, et que, depuis quelques jours, elle avait dans la bouche un mauvais goût, un goût de « pourri, » pour employer son expression, qui a disparu depuis la délivrance. L'enfant était macéré ; les suites de couches furent régulières et, au bout de peu de temps, Mme B... était complètement rétablie.

Dans ce cas, le fœtus est resté mort dans le sein de sa mère presque deux mois (57 jours), malgré le traumatisme suivi d'hémorrhagie abondante qui l'avait tué.

Veuillez agréer, etc...

Dr L. Monory.

Saint-Quentin (Aisne), 19 juin 1878.

Grossesse extra-utérine : Gastrotomie ; Mère et enfant vivants. — Le fait suivant emprunté à l'*Obstetrical Journal*, bien que remontant à un certain temps déjà, nous paraît cependant assez intéressant pour devoir être signalé à l'attention de nos lecteurs. Mme C..., 26 ans, bonne santé habituelle. Un seul enfant, né en mars 1869. Dernière époque menstruelle pendant la semaine de Noël 1874. Pendant un effort violent, le 3 mars 1875, sensation de déchirement dans le flanc droit, suivie de douleurs et de nausées pendant toute la semaine. Mme C... continue cependant à faire son ouvrage ; elle est obligée de marcher « courbée en deux ». Le 10 mars, étant aux latrines, sans avoir fait d'effort, elle est prise soudainement d'une violente douleur abdominale droite. M. Clayton, appelé, prescrit un traitement contre la douleur, le gonflement du ventre, les vomissements, la constipation, la rétention d'urine, la fièvre, symptômes que présente la malade. Mme C... reste presque constamment au lit pendant deux mois, souffrant d'une douleur incessante dans l'abdomen, de vomissements et d'inappétence.

Le 14 mai, elle perçoit pour la première fois les mouvements fœtaux et constate la présence d'une grosseur dans le côté droit du ventre.

A deux ou trois reprises, elle perd un peu de sang par le vagin et dépérit ; de temps en temps, la douleur et les vomissements reparaissent plus violents. M. Clayton, ayant découvert la présence du

fœtus en dehors de la matrice, demande l'avis de M. S. Hey. Les deux chirurgiens, après un examen soigneux, le 13 août, s'accordent pour reconnaître l'existence d'un fœtus vivant hors de l'utérus, et la nécessité d'une opération pour l'extraire. La malade est admise le même jour dans ma salle (*Leeds General Infirmary*).

Une consultation eut lieu le soir entre tous les chirurgiens de l'*Infirmary*; nous reconnûmes, à travers les parois abdominales, le siége du fœtus au niveau de l'ombilic; les pieds au niveau du pubis; le cœur fœtal était très-nettement perceptible au-dessus de l'ombilic, du côté droit. L'aréole des mamelles était nettement dessinée, les seins étaient développés; l'utérus, mesuré avec la sonde de Simpson, marquait 6 cent. 25; nous constatâmes son indépendance d'avec le fœtus abdominal. Nous pûmes entendre le souffle placentaire.

Nous décidâmes de faire la gastrotomie, et nous endormîmes la malade à minuit et demi.

La vessie fut vidée, et nous fîmes sur la ligne blanche une incision de 15 centim. 5, dont l'ombilic occupait le centre; aussitôt apparurent le siége et le dos de l'enfant, couverts d'une couche épaisse d'enduit sébacé; l'épiploon coiffait les épaules du fœtus. L'enfant fut extrait sans peine, et le cordon lié comme après un accouchement ordinaire. Nous pûmes alors voir que la gestation était purement *abdominale*; nous ne trouvâmes aucune trace de kyste ni de membranes, le fœtus flottait librement dans l'abdomen entre les anses intestinales.

Le placenta recouvrait l'entrée du bassin comme le couvercle d'un pot; en arrière il paraissait fixé au gros intestin et à la paroi postérieure de l'abdomen; son centre offrait une proéminence arrondie, correspondant au fond utérin assez développé.

Nous le laissâmes sans rien changer à ses rapports; nous coupâmes le cordon à 5 centimètres de la plaie et nous le fixâmes à l'angle externe de la plaie au moyen du clamp de M. Gough, notre chapelain.

L'occlusion de l'incision fut obtenue au moyen de six points de suture comprenant toute l'épaisseur des parois abdominales et le péritoine, et de six points de suture superficielle. Des bandelettes de sparadrap, des coussinets de *lint* et un bandage complétèrent le pansement.

Le fœtus, une fille, était assez gros pour une enfant de huit mois. Sa respiration, qui eut de la peine à s'établir, nous fit craindre, pen-

dant une heure et demie environ, qu'elle ne pût pas vivre. M. Hey croit que ce défaut dans la respiration peut avoir été causé par l'éthérisation de la mère. On lui donna une nourrice et elle vint à bien.

L'opérée fut laissée quatre jours sur la table d'opération, dans la crainte que le transport ne lui fût préjudiciable; puis on la plaça dans une chambre particulière. On lui fit des injections de morphine, à des intervalles de plus en plus éloignés jusqu'au 26 septembre et, pendant les premiers jours, elle ne prit que de la glace par la bouche; mais on lui fit prendre des lavements nutritifs dès le lendemain de l'opération.

Le 16 août au matin, elle rendit quelques gaz, et le 18 des matières fécales. Les vomissements diminuèrent graduellement, et, le 17, ils n'étaient plus que rares.

Ce même jour, le clamp fut enlevé et le cordon gangréné fut fixé à l'extérieur au moyen d'un morceau de sparadrap et d'un fil de chanvre.

Le 18 août, le lait commença de gonfler les seins; il se tarit dès le 22. La malade prit alors par la bouche un peu de lait et de gruau.

Le 19 août, la plaie donna un peu de sang, en quantité variable d'une à dix onces; le 22, cet écoulement prit une odeur qui devint très-forte au bout de quelques jours.

Le 24 août, frisson violent durant dix minutes et suivi de vomissements.

Dès le 29, le régime fut graduellement renforcé : poisson, œufs, poulet, etc., en petites quantités.

Le 4 septembre, le cordon fort aminci, tombe et est suivi par l'écoulement de six à huit onces de liquide. La plaie est alors entièrement cicatrisée, sauf le point qu'avait occupé le cordon. Pendant la quinzaine suivante, la plaie fournit beaucoup de liquide dont la sortie est précédée de fortes douleurs abdominales. Le 10 septembre, je vis s'écouler un quart de litre d'un liquide très-fétide, épais comme de la mélasse.

Il y eut un peu d'œdème de la jambe et du pied droits, le 19 septembre, l'opérée s'assit pour dîner, et le 9 octobre, elle put être transportée dans la salle commune.

Le 29, la plaie est guérie, et, trois semaines après, la malade retourne chez elle; les règles reparaissent un mois après son départ, elles ont été régulières depuis lors.

L'auteur croit que ce cas est unique en Angleterre; il cite cependant Romsbotham, *Obstetric Medicine and Surgery*, 5e édition, qui a rapporté un cas de survie de la mère et de l'enfant, après une semblable opération. CORDES.

Opération césarienne, survie de la mère et de l'enfant, par le Dr J. EDMUNDS. — L'observation suivante communiquée à la *Medical Society of London* et publiée par l'*Obstetrical Journal* du mois de janvier 1877, mérite d'attirer notre attention. Il s'agit d'une femme de 28 ans, enceinte pour la première fois, menstruée régulièrement jusqu'en janvier 1876. Douleurs dans la nuit du 5 octobre. Le Dr Lamb fait chercher le Dr Edmunds, dans le but de faire la craniotomie, le 8 octobre.

Les eaux ont percé vingt heures auparavant. La tête se présente, mais elle n'est point engagée, elle est inaccessible par le toucher vaginal et le bassin est rempli par une grosse tumeur qui rendrait l'introduction d'un instrument fort dangereuse et fort difficile. Nous nous décidâmes donc à faire l'opération césarienne.

La parturiente fut transportée au London Temperance Hospital.

Avant de commencer l'opération, on prit les précautions suivantes :

1° La malade prit un lavement térébenthiné, pour nettoyer et vider l'intestin, et à titre d'hémostatique.

2° La chambre fut remplie de vapeurs phéniquées.

3° Les instruments, les pièces de pansement, les infirmières furent choisis de façon à éviter toute sorte d'infection septique; les chirurgiens et leurs aides se lavèrent soigneusement les mains avec de l'eau iodée.

4° La malade fut placée presque assise sur la table, pour que le sang put couler au dehors, au lieu de tomber dans l'abdomen.

5° On chloroforma la parturiente.

6° On vida la vessie, et on continua l'aspersion de vapeurs phéniquées dans la chambre.

L'enfant fut extrait la tête la première, le Dr Routh le ranima et, aussitôt qu'il respira, le Dr Edmunds fit l'extraction du placenta et le remit au Dr Routh; le cordon ne fut donc pas coupé à ce moment. L'utérus se contracta bientôt et expulsa des caillots, puis du sang défibriné, les caillots fibrineux restant dans le sinus. Les parois abdo-

minales furent cousues par six points métalliques. Au-dessus du deuxième point, on laissa un intervalle non suturé pour faciliter l'issue des liquides. Le pansement fut fait à l'acide phénique.

La malade prit pendant l'opération quelques gouttes d'essence de térébenthine dans du lait, et de l'ergotine en petite quantité. On lui laissa prendre du lait et du gruau sucré à discrétion, et de l'eau d'orge acidulée avec du jus de citron; mais ni alcool, ni remède. La garde devait la sonder fréquemment. Le troisième jour, on lui laissa prendre du thé et des rôties, et un peu de jusquiame, indiquée par le Dr Smith, à cause d'un embarras gazeux; le quinzième jour, elle prit un peu d'huile de ricin, Les lochies et la sécrétion lactée furent naturelles.

Cinq semaines après, l'opérée était bien, la cicatrice était solide.

Le Dr Edmunds, on l'a vu, n'a pas suturé l'utérus, et il est très-opposé à l'introduction des fils dans le tissu utérin.

CORDES.

Concours d'Agrégation en Chirurgie et en Accouchements

Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

I. CHIRURGIE. — *Pour Paris* : MM. Terrillon, Humbert, Richelot.
Pour Nancy : M. Heydenreich.
Pour Lille : M. Puel.
Pour Montpellier : M. Chalot.
Pour Lyon : MM. Poncet et Vincent.

II. ACCOUCHEMENTS. — *Pour Paris* : M. Pinard.
Pour Nancy : M. Herrgott.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.r-le-Prince, 31.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Août 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

TROUSSE GYNECOLOGIQUE.

Par M. le professeur Courty.

Mes élèves m'ont souvent demandé de leur indiquer les instruments les plus utiles pour faire l'examen des femmes atteintes de maladies utérines et pour pratiquer les pansements ou les diverses opérations que ces maladies peuvent nécessiter. Or, les instruments qui servent au diagnostic des maladies des femmes ont un avantage exceptionnel, qui n'a pas échappé non plus à R. Barnes (*Traité clinique des maladies des femmes*, p. 51), c'est de servir aussi bien au traitement qu'au diagnostic. A la faveur de ce double emploi, la trousse du gynécologiste se trouve relativement allégée.

Ce n'est pas qu'on n'ait multiplié outre mesure, dans ces dernières années, les instruments dont on a eu la prétention d'armer les mains des chirurgiens, pour leur faciliter l'exécution

de chacune des opérations que réclame chaque nouvelle maladie des organes sexuels, dont le catalogue de la pathologie utérine s'est enrichi; comme si la perfection d'une opération dépendait d'un instrument compliqué plutôt que de la main qui guide le plus simple, et plus encore de la science et du talent qui guident sûrement la main, dans les cas connus, ou qui improvisent, à l'occasion, une opération nouvelle. J'estime qu'il est même rare que ces instruments n'aient d'autre inconvénient que d'être embarrassants; souvent ils créent pour l'opération à laquelle ils sont destinés des accidents nouveaux, en substituant une action mécanique aveugle à celle de la main éclairée du chirurgien. Je n'en citerai d'autre exemple que celui des hystérotomes doubles, dont on s'est trop longtemps servi pour débrider, des deux côtés à la fois, les orifices de la matrice, et qui sont retombés dans un juste oubli.

Aussi dois-je déclarer, en commençant, que tous mes efforts ont eu pour but de diminuer, plutôt que d'augmenter, le nombre des instruments du gynécologiste, d'adapter à son usage des instruments anciens plutôt que d'en inventer de nouveaux, de me laisser guider, dans mon choix, par la simplicité, la facilité d'entretien, plutôt que par aucun autre mérite, enfin d'en approprier les dimensions et les formes à celles de la trousse ou du sac le plus simple et le plus portatif. Une simple trousse roulante, comme celles qui servent à renfermer les instruments de la toilette quotidienne, une sacoche de voyage, facile à tenir à la main, suffisent à renfermer tout mon arsenal.

Il faut distinguer trois catégories d'instruments utiles pour la pratique de la gynécologie : ceux des deux premières, indispensables ou pour le moins nécessaires, affectés exclusivement à cette branche de l'art de guérir, la troisième pouvant servir à toute autre opération.

1° On doit avoir toujours avec soi les instruments indispensables pour l'exploration, les pansements et même l'exécution imprévue et extemporanée de petites opérations d'une indication aussi pressante que fréquente.

2° Il y a d'autres instruments dont on se sert aussi bien sou-

vent, dont l'usage est nécessaire, mais ni imprévu, ni indispensable, et qu'on peut apporter à mesure que l'on reconnaît en avoir besoin.

3° Enfin d'autres instruments sont destinés à l'accomplissement d'opérations plus importantes, qu'elles soient particulières aux organes génitaux, ou communes à ces organes et aux autres parties du corps. Par leur nombre, leur complication, leur adaptation à l'opération qui doit être faite, ils comportent une mention spéciale et leur admission dans une catégorie à part.

Les premiers de ces instruments constituent seuls la *Trousse du gynécologiste*. J'en donnerai l'énumération en même temps que la reproduction par le dessin, qui vaut mieux que la description. Ce sont les modèles particuliers que j'ai adoptés ou que j'ai fait construire spécialement à mon usage et dont je me sers depuis bon nombre d'années, que je reproduirai sous les yeux du lecteur, comme étant des instruments éprouvés et qui ont droit à toute sa confiance.

Les seconds forment ce que j'appellerai l'*arsenal particulier du gynécologiste*, dans lequel j'aurai à mettre sous les yeux du lecteur seulement un certain nombre d'instruments spécialement adaptés à la gynécologie, m'abstenant de reproduire ceux qui servent aussi à d'autres usages et qui se retrouvent dans la trousse commune de tout chirurgien et même de tout interne.

Les troisièmes sont les *Armes de la grande chirurgie adaptées à la gynécologie*, et, bien qu'un grand nombre n'aient été imaginées que pour la pratique d'opérations tout à fait particulières aux femmes, telles que l'ovariotomie, l'hystérotomie, la colporrhaphie ou les diverses opérations que comporte le traitement des fistules vésico-vaginales, comme ces instruments sont affectés à des opérations tout à fait spéciales, qu'on a le temps de régler à l'avance, comme ils peuvent s'adapter aussi à l'exécution d'opérations étrangères à celles qui relèvent de la gynécologie, ils sont, on peut le dire, étrangers à la pratique commune de cette branche spéciale de l'art de guérir. Aussi je me contenterai de faire ici l'énumération de ceux que je possède dans mon arsenal, comme étant d'une utilité pratique incontestable, sans

imaginer ni rappeler tous ceux dont l'emploi pourrait être aussi réclamé par les exigences imprévues de quelque nouvelle opération.

§ I. Trousse du gynécologiste.



IG. 1.

1° *Spéculum à gorge, de Sims (modèle Courty).* — Ce qui caractérise ce modèle, c'est que les gorges sont indépendantes les unes des autres et indépendantes des manches (fig. 1). Il

faut toujours avoir avec soi deux gorges (l'une étroite, l'autre moyenne) et deux manches. Les deux autres gorges ne sont utiles que dans des cas prévus à l'avance et on peut se dispenser d'en encombrer habituellement la trousse. Ces spéculums présentent cet avantage qu'avec eux on peut toujours se passer des autres, au moins pour un diagnostic ou un pansement ordinaire, tandis qu'avec un quelconque des autres, on peut se trouver, par l'étroitesse du vagin, la direction vicieuse du col, la présence d'une tumeur, etc., dans l'impossibilité d'en faire un usage profitable. L'application d'une valve armée de son manche, la malade étant en pronation latérale, dorsale ou ventrale, permet mieux que celle d'aucun autre instrument, de

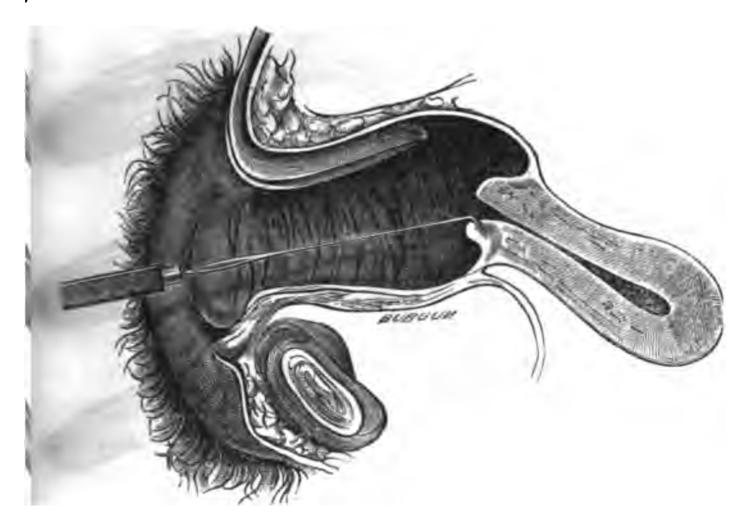


Fig. 2.

voir le col et les culs-de-sac vaginaux qui l'environnent, surtout si l'on s'aide du cathéter ou d'une érigne simple ou à pince pour attirer, déplacer ou diriger le col (fig. 2). L'usage simultané des deux valves emmanchées, l'une en haut, l'autre en bas, remplace parfaitement et même avec avantage un spéculum à deux valves et par conséquent aussi le spéculum cylin-

drique, puisque ces deux valves, confiées à un aide, peuvent être écartées l'une de l'autre, à volonté (fig. 3).

J'ajouterai que, pour l'application du spéculum, comme pour celle de toute autre moyen d'exploration ; pour les pansements, les opérations et tous les autres moyens de traitement, comme

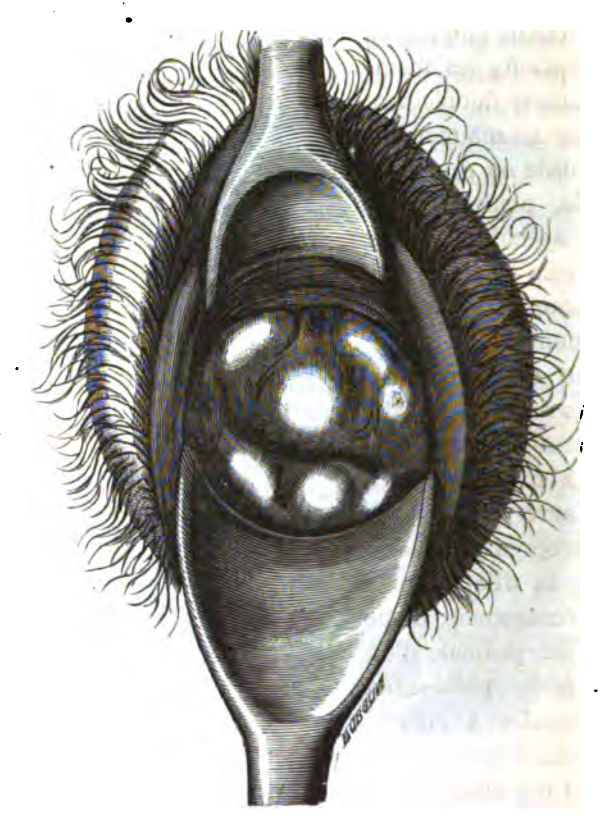


FIG. 3.

pour l'usage de tout instrument de diagnostic, je ne fais jamais usage des fauteuils imaginés par les fabricants de meubles, lesquels n'ont aucun avantage et ont toujours l'inconvénient d'effrayer les malades. Une simple chaise longue, un fauteuil

devant lequel on place une chaise ou un tabouret, le bord d'un lit ou d'une table suffisent amplement à tous les besoins. On y fait couchor la malade tout de son long pour la palpation et le toucher; on la place sur le bord en pronation ventrale ou latérale, ou en supination, les membres retenus, doublement fléchis, par les mains même de la malade ou par celles d'un aide, pour l'application du spéculum. Je ne connais rien de plus avantageux pour la malade ni pour le médecin.



FIG. 4.

2° Une ou mieux *deux pinces à pansement*, *modèle Courty*, une droite et une courbe, à mors courts, à points d'arrêt solides, également propres aux pansements, à la dilatation du col, à l'écrasement d'une tumeur, du pédicule d'un polype, à la préhension d'une aiguille à suture, d'une tente d'éponge, etc. (fig. 4). Il est utile d'avoir à la fois deux pinces : la droite et la courbe. Ces instruments sont d'un usage très-avantageux et ne souffrent la comparaison avec aucune autre des pinces employées jusqu'à ce jour dans le même but.

3° *Une sonde de femme.* On peut avoir le modèle de Sims reproduit ici, c'est-à-dire la sonde sigmoïde, qui tient toute seule dans la vessie, et qu'on a l'habitude d'y laisser après l'opération de la fistule vésico-vaginale (fig. 5). Un seul instrument peut ainsi remplir un double usage : permettre de sonder la vessie pour en évacuer l'urine; rester à demeure dans cet organe, sans en être expulsée, ni le blesser, de manière à le tenir toujours vide d'urine. On peut aussi faire usage, dans ce dernier cas, d'une sonde molle et flexible en caoutchouc vulcanisé.

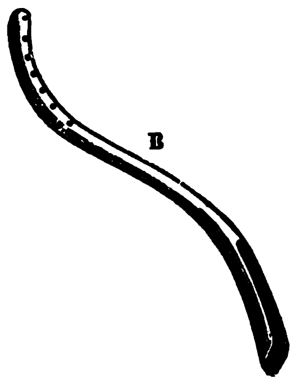


Fig. 5.

4° *Un cathéter utérin* rentrant dans son manche, gradué en centimètres (fig. 6), peut être plus indispensable encore au diagnostic des maladies utérines que le spéculum lui-même, ce dernier pouvant être remplacé, à tout prendre, par une cuillère d'argent, origine de l'invention de Sims.

5° *Deux sondes utérines en argent*, à bec perforé, de diamètre différent (fig. 7), pour pouvoir pénétrer à travers des orifices de dimensions diverses et s'adaptant à frottement sur les canules des seringues de la même trousse.

6° *Deux sondes utérines en gomme*, de petit calibre, assez résistantes, s'y adaptant également, ou pouvant toujours s'ajuster parfaitement à une petite *canule à vis* qui s'ajuste elle-même

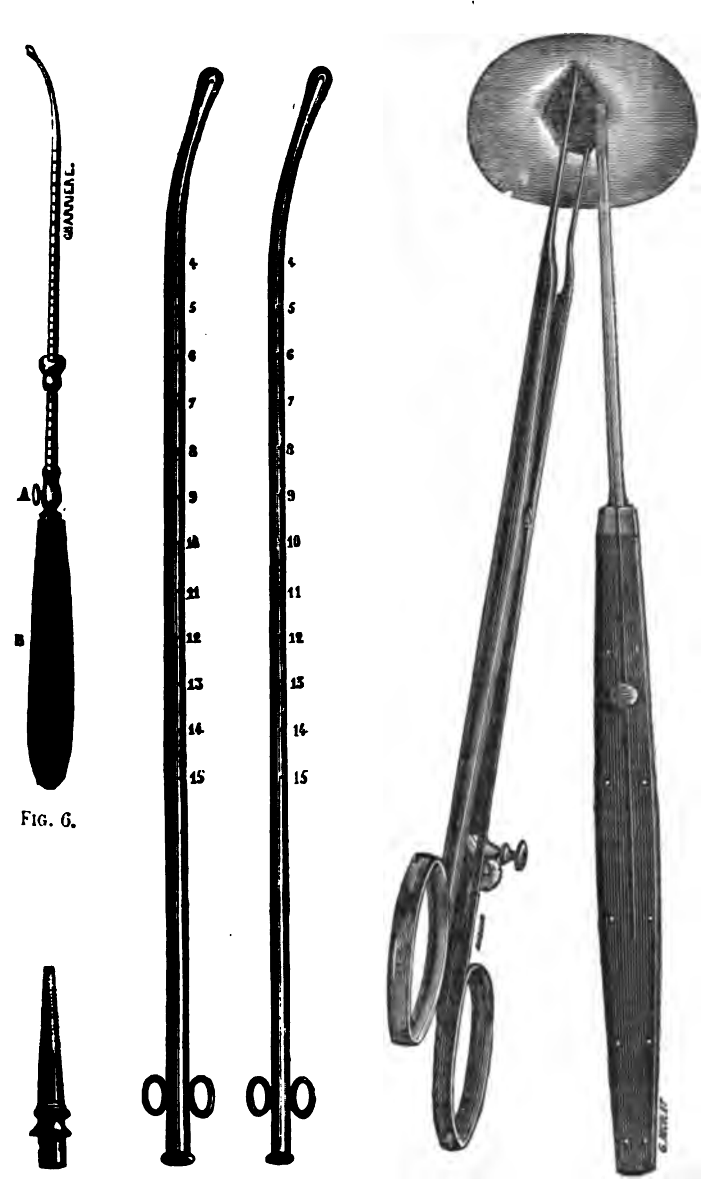


FIG. 6.

FIG. 8.

FIG. 7.

FIG. 9.

sur la seringue. Ce petit instrument (la canule à vis) est si utile que j'en donne ici la reproduction (fig. 8). A son aide, on peut

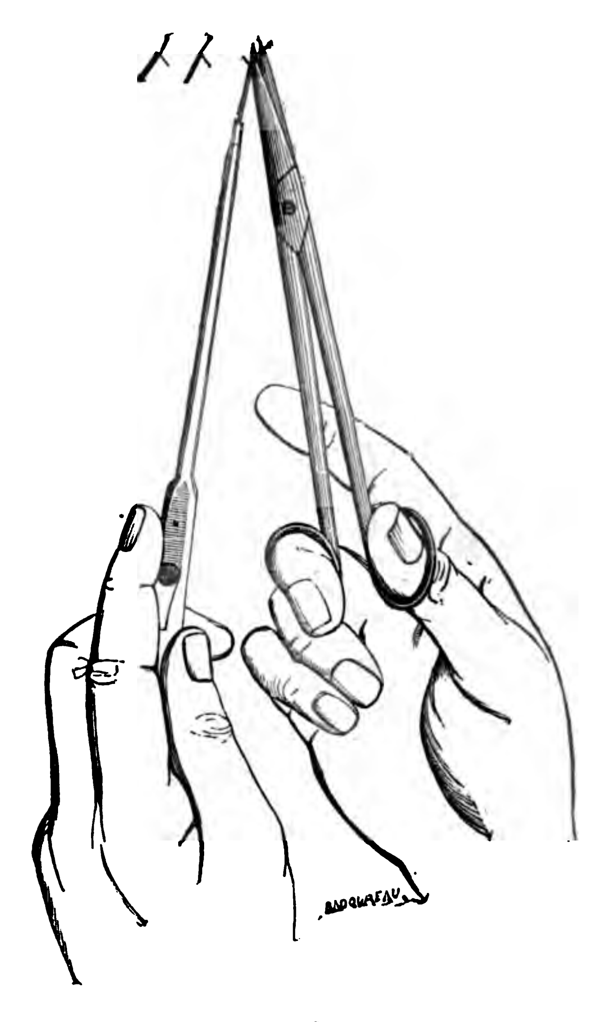


FIG. 10.

injecter un liquide dans l'utérus avec une sonde en gomme du plus petit calibre et une seringue, en quelque sorte, la première

venue; cette canule à vis servant d'intermédiaire entre la seringue, à la canule de laquelle elle s'ajuste à frottement, et la sonde en gomme, dans laquelle elle se visse.

7° *Un bistouri caché mousse à long manche et à lame étroite et courte*, sur le modèle du bistouri de Blandin. Cet instrument est suffisant et préférable à la plupart des autres pour le débridement du col (fig. 9) et quelques-unes des petites opérations de

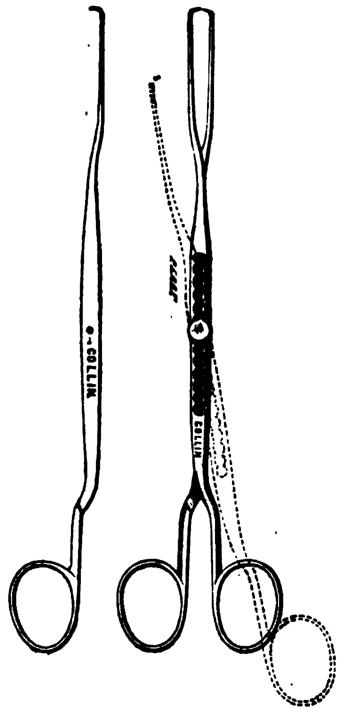


Fig. 11.

la pratique gynécologique. Il est bon d'avoir également un bistouri étroit et pointu, pour les ponctions et les scarifications, sans parler des incisions et des dissections qui en nécessitent l'usage.

8° *Trois ciseaux longs*, à lames courtes et pointues, l'un

droit, l'autre coudé, l'autre courbe. Ils sont surtout utiles pour faciliter le débridement du col, la dissection ou l'excision d'un lambeau de muqueuse, la division des fils employés pour les points de suture (fig. 10), etc.



Fig. 12.

9° *Pinces érignes glissantes et convergentes*, *modèle Courty*, instrument d'autant plus utile qu'il sert, non-seulement de pince-

érigne pouvant saisir l'utérus ou une tumeur utérine, à la même hauteur, des deux côtés, ou à des hauteurs variables ; mais encore, en séparant les mors, de deux érignes simples à manche, d'un usage très-fréquent, lesquelles érignes on peut ainsi se dispenser d'ajouter à la trousse (fig. 11). L'expérience m'a prouvé que cet instrument est très-pratique et tout à fait indispensable.



Fig. 13.

10° *Pinces érignes divergentes à point d'arrêt* (fig. 12), très-utiles non-seulement pour attirer à soi le col de l'utérus et le fixer pendant une courte opération, mais pour en ouvrir l'orifice et pour en tendre les commissures, dans le cas où l'on désire les diviser, comme le montre la figure ci-dessus (fig. 9).

11° *Deux pinceaux de blaireau* très-minces, à long manche, pour la cautérisation des cavités utérines, comme le montre encore la figure ci-jointe (fig. 13).

12° Deux ou trois longues canules à piston mobile (fig. 14), la canule *a*, *b* le piston : servant l'une de *porte-caustique*, *solide ou pulvérulent*, *intra-utérin* (fig. 15, n° 2, n° 3) ; l'autre de *porte-pommade intra-utérin* (fig. 15, n° 1), sur le modèle des mêmes instruments de Braun, de Vienne, pour la pratique de mon traitement de la leucorrhée, par la précipitation d'un fragment de nitrate d'argent dans la cavité utérine, et des instruments de R. Barnes, de

Londres, pour l'injection de pommades diverses dans la même cavité. A l'aide de ces canules de diverses dimensions, on peut porter aisément au fond de la matrice des corps solides, en fragments ou en poudre, et même sous forme de pommades qu'ils soient caustiques, cathérétiques, résolutifs, hémostatiques, astringents, sédatifs ou simplement inertes.

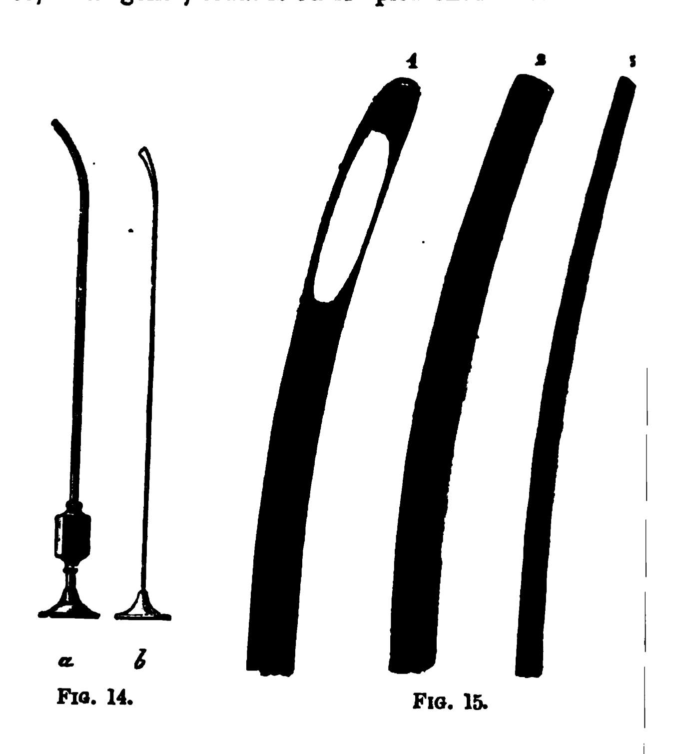


FIG. 14. FIG. 15.

13° *Deux curettes de Récamier*, sur le modèle reproduit ici (fig. 16), mais de diamètres divers, offrant ainsi l'avantage de quatre dimensions différentes ; instruments d'un usage excellent et d'une application très-fréquente, sans compter les services qu'ils peuvent rendre en dehors de la gynécologie, remplaçant notamment avec les plus grands avantages, toutes les sondes cannelées connues dans tous les genres de débridements, herniaires et autres.

14° *Une petite seringue*, *modèle Courty* avec perfectionnement de Collin (fig. 17) qui la rend transportable, sans courir le risque d'être cassée, quoiqu'elle soit de *verre* et de *caoutchouc durci*, pour servir aux *injections caustiques intra-utérines*, à l'aide de sondes de gomme s'adaptant sur la seringue par l'intermédiaire

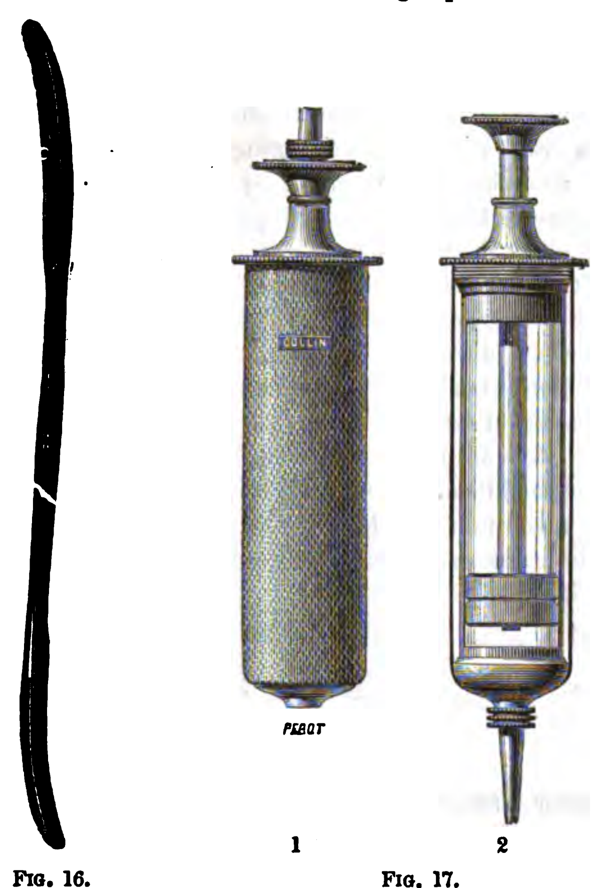


Fig. 16. Fig. 17.

de la canule à vis (fig. 8). Le n° 1 représente la seringue dans son enveloppe, la canule renfermée dans la tige du piston qui la protége. Le n° 2 représente la canule mise à sa place et la seringue prête à servir.

15° *Une seringue plus grande*, même modèle, en nickel, destinée à pratiquer des irrigations intra-utérines en s'adaptant aux sondes utérines d'argent, pour déterger, par plusieurs lotions successives, la cavité du corps ou du col de la matrice, ou des foyers d'abcès péri-utérins, avant et quelquefois aussi après la cautérisation. On peut, absolument, se contenter d'une seule seringue, d'une capacité intermédiaire aux deux autres.

On peut ajouter à cette énumération, celle des médicaments usuels que le médecin peut avoir sous la main, dans le cas où il est exposé à ne pas les trouver auprès de sa malade : coald-cream, glycérine, laudanum de Sydenham, teinture d'iode, perchlorure de fer à 30°, un crayon de nitrate d'argent dans un tube de verre, de la poudre de nitrate d'argent obtenue simplement en pulvérisant un crayon et conservée dans un flacon de verre à large goulot, sparadrap Canquoin, chlorure de zinc, poudre rouge arsénicale de frère Come, dans un flacon id.

Il est bien entendu que je passe sous silence nombre d'autres médicaments et des plus usuels (chlorate de potasse, alun, tannin, etc.) dont les malades font le plus fréquent usage et dont le chirurgien lui-même peut avoir besoin pour ses pansements; mais je n'ai voulu signaler que les plus importants, ceux que le gynécologiste est bien aise de trouver sous sa main dans un cas urgent.

§ 2. — ARSENAL PARTICULIER DU GYNÉCOLOGISTE.

1° *Lampe réflecteur* à verre réfringent de Collin, excellent instrument pour suppléer à l'absence de la lumière solaire et examiner les malades au spéculum, de nuit aussi bien que de jour (fig. 18).

2° Les *deux autres valves moyenne* et *très-grande* de mon *spéculum à gorge* (voy. fig. 1).

3° *Deux valves du même spéculum en, buis*, au lieu de métal, pour servir, dans le cas où l'on a à pratiquer une cautérisation

potentielle et surtout actuelle de l'utérus, ainsi que pour l'ablation des tumeurs ou la résection du col par le fer rouge ou le thermo-cautère (fig. 19, S, spéculum à gorge en bois; P, pince érigne convergente saisissant la tumeur; C, cautère hastile courbe séparant la tumeur du tissu sain).



FIG. 18.

4° Le *spéculum bivalve divergent de Cusco*, à manches pliants, de manière à tenir dans la poche (fig. 20).

5° Trois *spéculum à glace de Fergusson* de calibres différents. (fig. 21). Il est important de les tenir dans un écrin pour en prévenir la casse. Je me sers habituellement de ces spéculum, lorsque je pratique l'ignipuncture du col.

6° *Lampe éolypile* à alcool et *porte-cautères* modèle Courty,

pour faire rougir les cautères destinés à l'ignipuncture ou à la résection du col (fig. 22). La figure représente les cautères en

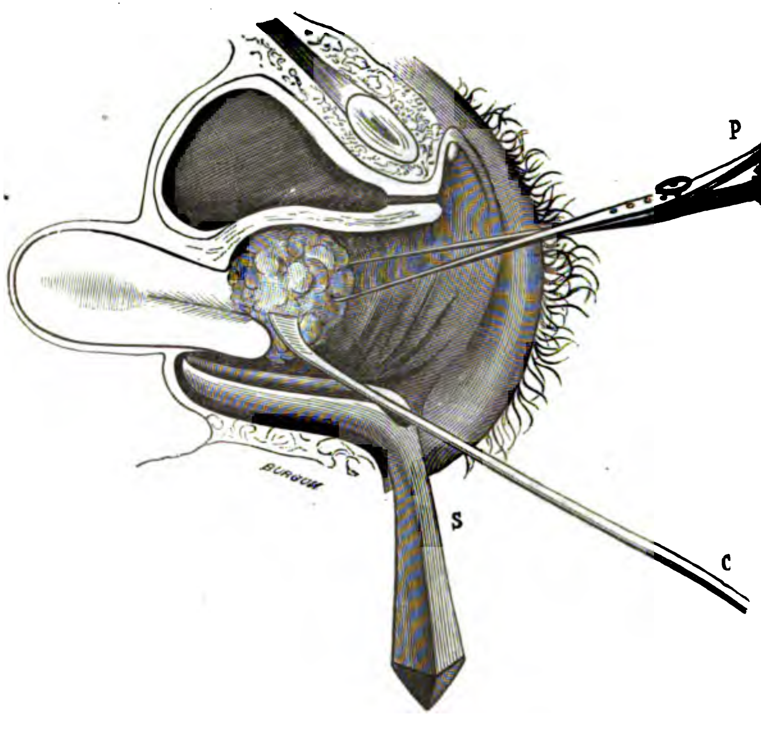


Fig. 19.

bec d'oiseau soutenus par le porte-cautère et rongés par la flamme de la lampe.

7° Quatre *cautères à ignipuncture* ou en bec d'oiseau, l'un à grosse boule, les autres à boules plus petites et à bec d'oiseau, de longueurs diverses (fig. 23). Ces cautères sont très-souvent employés pour pratiquer l'ignipuncture du col, dans le traitement de la métrite chronique.

8° Trois *cautères hastiles* (fig. 24), l'un droit, les autres plus ou moins courbés sur le plat pour faciliter l'excision d'une tumeur du col (fig. 19). Un *cautère à couteau* très-étroit qui peut

être introduit profondément dans le col dilaté par une tente

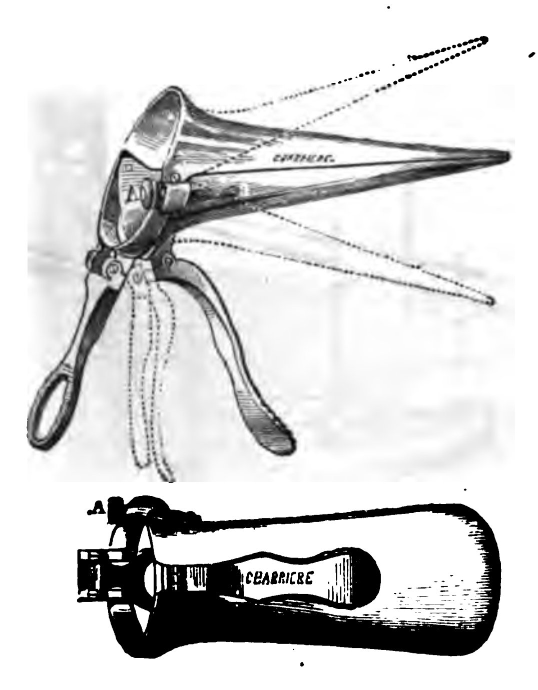


FIG. 20.

d'éponge et aller cautériser un point limité du canal cervico-utérin, tous les autres étant protégés par une curette de Réca-



FIG. 21.

mier plus ou moins large; je m'en suis servi quelquefois pour détruire les excroissances, résultant d'un arrêt de développement

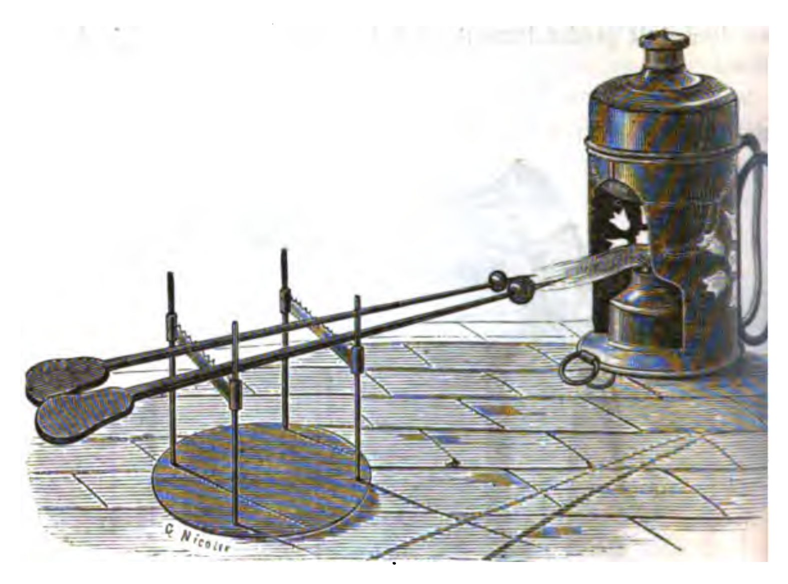


Fig. 22.

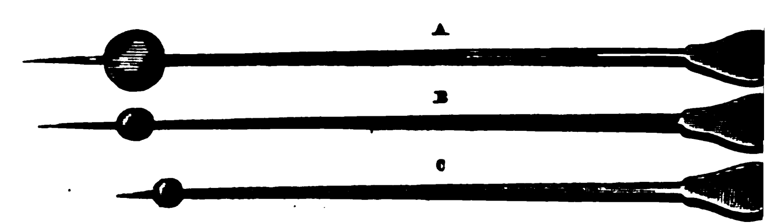


Fig. 23.

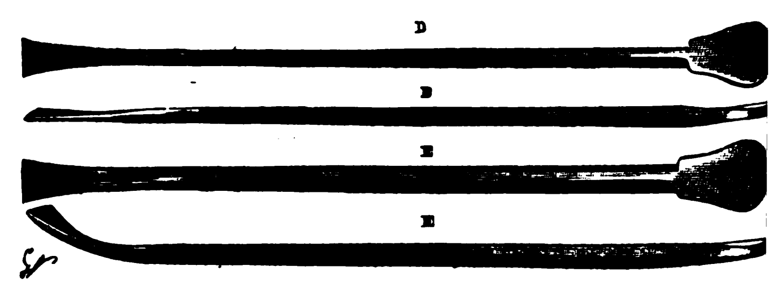


Fig. 24.

du pilier moyen de l'arbre de vie, qui sont des causes de stérilité.

9° Six cônes ou *tentes d'éponge préparée* de dimensions variées (fig. 25) On a représenté en même temps la tige à l'aide

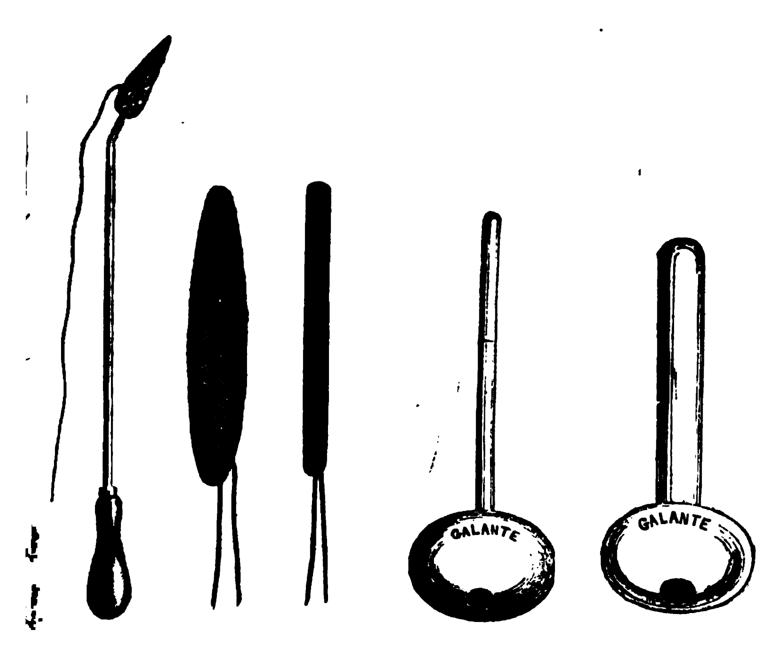


Fig. 25. Fig. 26.

de laquelle on peut introduire une de ces tentes dans le col de l'utérus pour en faire la dilatation.

10° *Quatre tuteurs galvaniques* de l'utérus, modèle de Courty, de dimensions variées pour le traitement de la rétroflexion (fig. 26). Il faut avoir quatre modèles, différents de longueur et de diamètre, pour se prêter au traitement de tous les cas. On a représenté ici, à côté d'un tuteur galvanique, une simple tige, légère, en aluminium, pour la dilatation des orifices cervico-utérins.

11° Un *bistouri de Sims* à lame tournante (fig. 27). Extrêmement commode, cet instrument, faisant tourner le tranchant

de sa lame dans toutes les directions, permet de faire les dissections les plus minutieuses dans le vagin et sur le col de l'utérus.

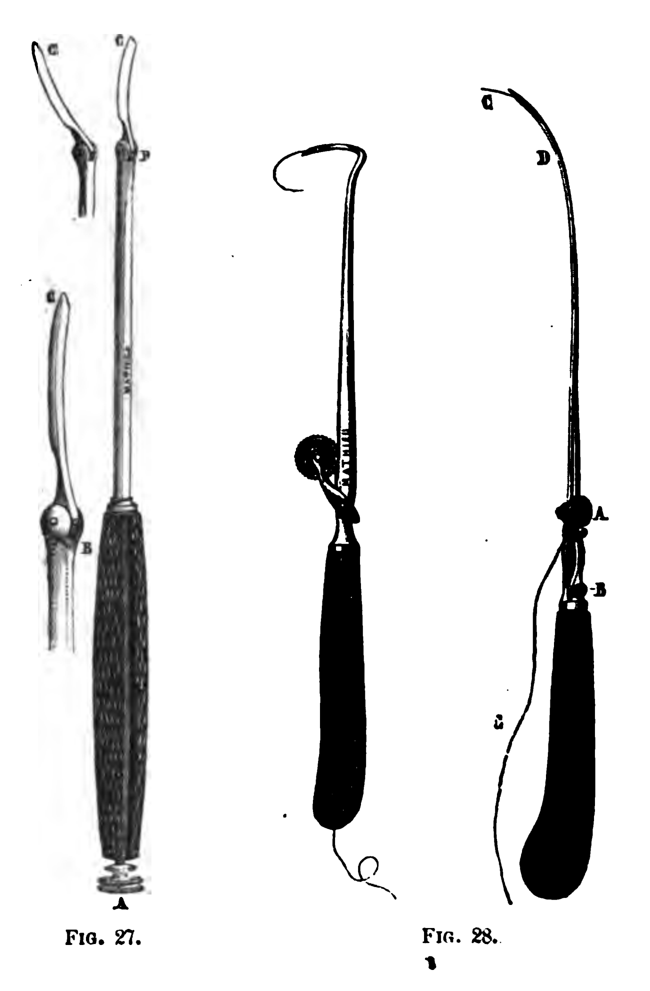


FIG. 27.   FIG. 28.

12° Trois *aiguilles creuses* de Startin, une droite, une courbe suivant l'axe et une à courbure perpendiculaire à l'axe, modèle Courty (coudée comme l'aiguille de Deschamps), toutes munies du chasse-fil de Mathieu (fig. 28). Je ne donne ici que deux

modèles, les plus usités : l'aiguille courbe suivant l'axe et l'aiguille à courbure perpendiculaire à l'axe, sur le modèle de l'aiguille de Deschamps pour la ligature de la sous-clavière, que j'ai imaginée depuis les premières opérations de fistule vésico-vaginale exécutées en France, et dont l'utilité est



FIG. 29.

extrême chaque fois que l'on a à placer un point de suture dans un espace étroit, contre la branche ischio-pubienne, etc.

13° Longues *pinces à mors simples*, effilés, à courtes griffes et à verrou (fig. 29). Il est bon d'en avoir à mors droits comme celles qui sont représentées fig. 10, et d'autres à mors coudés, comme celles qui sont représentées fig. 29, à cause de la diffi-

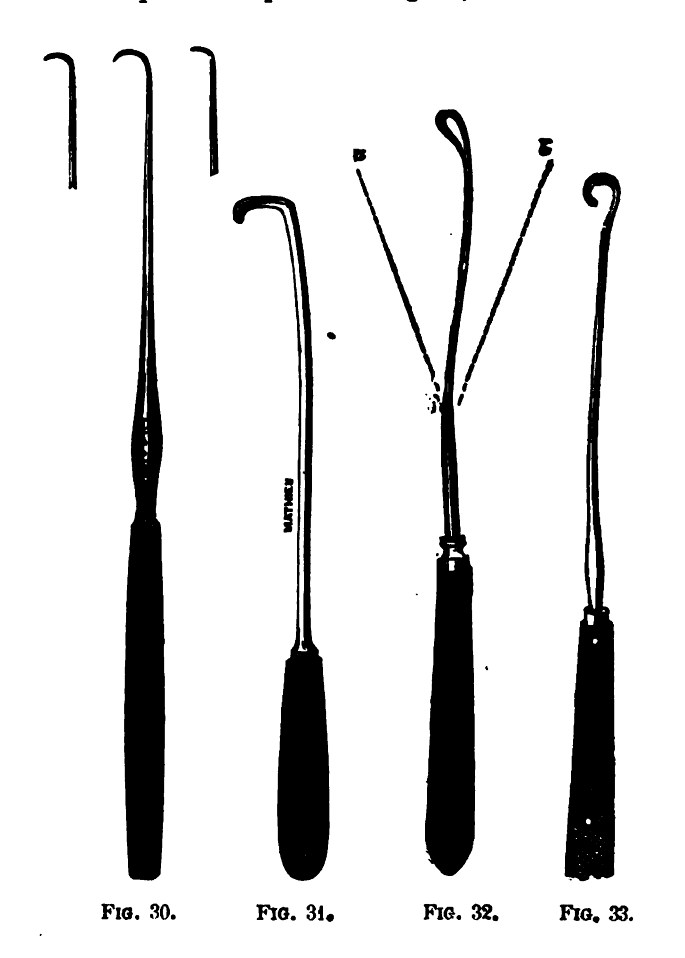


FIG. 30. FIG. 31. FIG. 32. FIG. 33.

culté que l'on éprouve quelquefois à voir au fond du vagin la partie qui doit être saisie, lorsqu'elle est dans l'axe même de l'instrument.

14° Deux *longues érignes fines* à manche, une simple, l'autre

double (fig. 30). J'ai figuré seulement l'érigne simple avec des pointes de diverse forme. On sait que, dans les cas urgents, elle peut être suppléée par une branche de ma pince fig. 11 que l'on

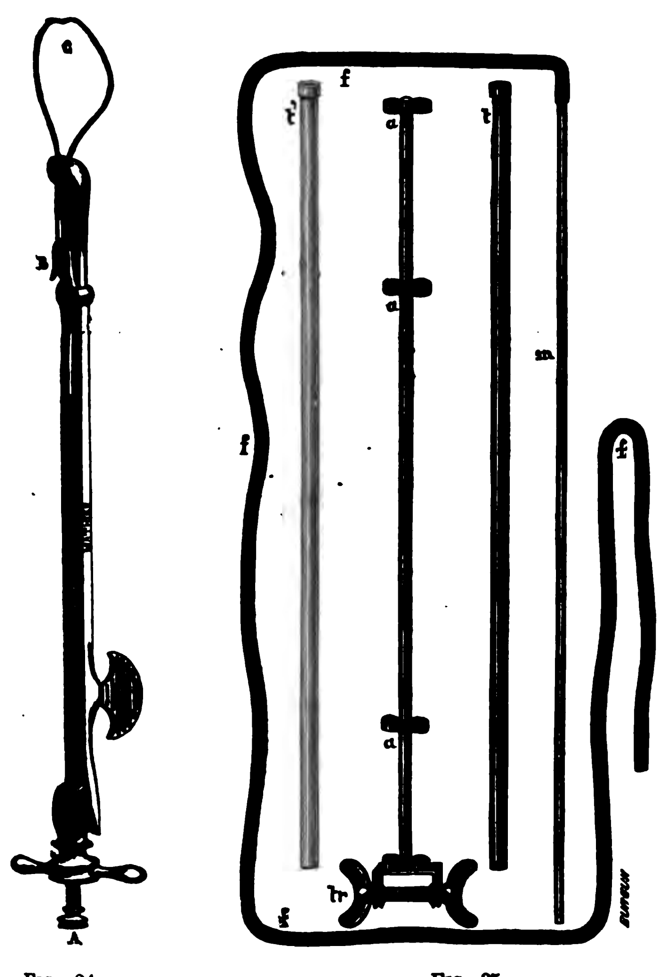


Fig. 34. Fig. 35.

décompose facilement en deux fines érignes, extrêmement commodes pour attirer le col de l'utérus, l'incliner dans un sens ou dans un autre, le fixer au fond du spéculum, etc.

15° Un *long crochet mousse* (fig. 31). Il y en a et il faut en posséder de toutes formes et de toutes dimensions. Celui que

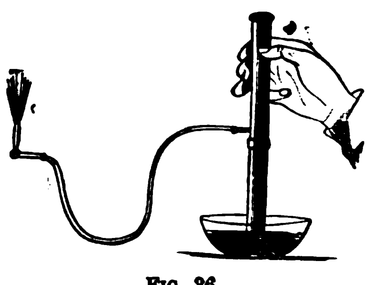


FIG. 36.

j'ai figuré ici, dont le bord concave est très-aminci, sans être coupant, peut servir, non-seulement de crochet mousse, mais

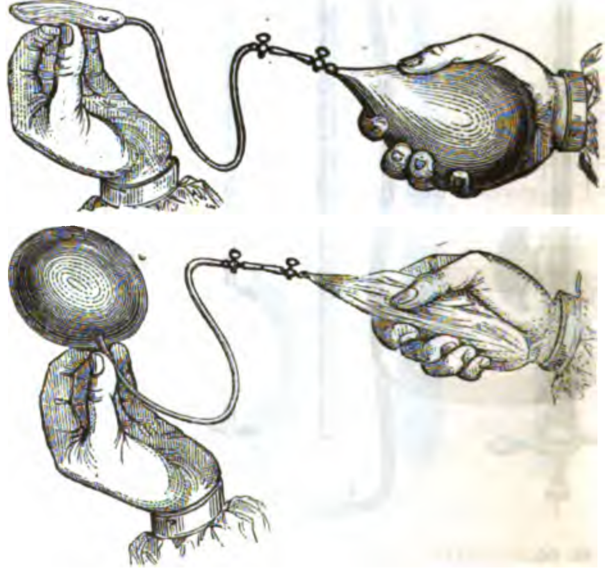


FIG. 37.

de forte curette pour détacher ou énucléer un fibrome de la paroi utérine. Il a été imaginé par Sims.

16° Deux *curettes de Sims* coupantes, l'une sur la convexité, l'autre sur la concavité, à tige non trempée pour pouvoir être inclinée en *a* ou *b*, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Celle de Sims n'est amincie que sur la convexité. J'ai eu l'idée d'en avoir une autre coupante sur la concavité,

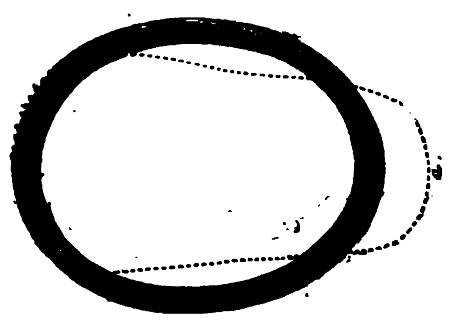


Fig. 38.

pour pouvoir, en ramenant la curette vers soi, abraser de petites excroissances polipiformes se logeant dans l'espèce de boucle terminale de l'instrument (fig. 31).

17° Une *curette Courty* en forme de serpette (fig. 33), non



Fig. 39.

Fig. 40.

trempée pour pouvoir être inclinée également en divers sens. A la faveur de l'interruption qui laisse la boucle ouverte, les excroissance que l'on cherche à abraser, s'insinuent plus aisément dans la concavité de la lame et sont rapidement excisées. Cet instrument peut rendre de grands services dans le traite-

ment des fongosités ou des excroissances de l'isthme et du canal cervico-utérin, notamment de ces tuméfactions hyper-

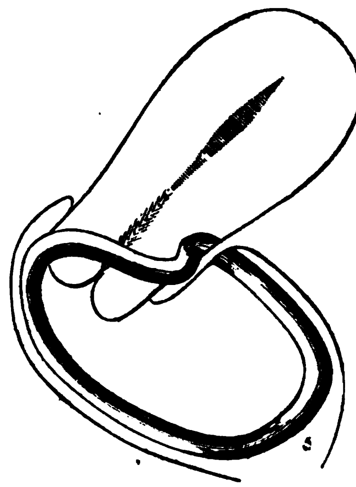


FIG. 41.

trophiques du pilier moyen de l'arbre de vie qui sont de causes assez fréquentes de stérilité.

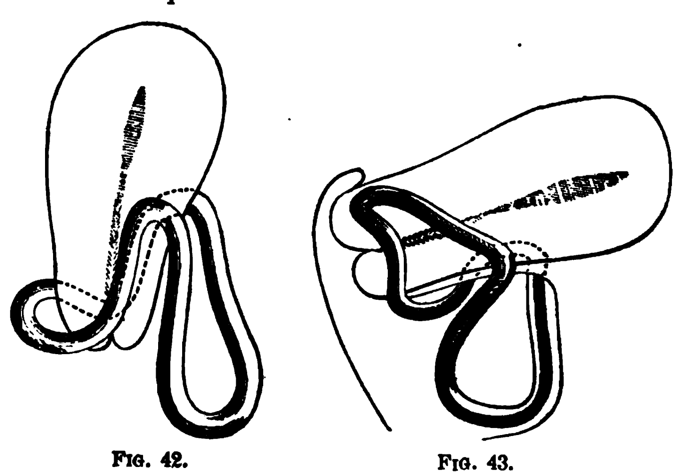


FIG. 42. FIG. 43.

18° Un *serre-nœud* long et mince pour la ligature extempo-

ranée (fig. 34), à la manière de Maisonneuve. Il est souvent plus aisé d'étreindre le pédicule d'un polype avec un fil de fer qu'avec la chaîne de l'écraseur. Aussi croyons-nous le serre-nœud préférable, le plus habituellement, pour le gynécologiste, à l'écraseur linéaire de Chassaignac.

19° *Tubes porte-ligature de Gooch*, avec treuil serre-ligature de Bowmann : les deux tubes métalliques, les anneaux tenant à la tige de fer, le tourillet, le mandrin pour passer le fil ou le tube de caoutchouc dans les tubes métalliques, d'après le modèle Courty (fig. 35). J'ai fait construire ce modèle spécialement pour faciliter l'introduction, dans les tubes métalliques, de tubes de caoutchouc assez forts pour servir de ligature élastique propre à étreindre les tissus les plus résistants. Cet instrument est particulièrement utile depuis que l'on connait l'efficacité des ligatures élastiques ; car il permet d'appliquer une ligature élastique autour du pédicule d'un polype dans la cavité utérine. Je recommande donc ce modèle, exécuté d'après mes indications. *M* est un mandrin à l'aide duquel un tube en caoutchouc *ffff* est introduit dans les deux tubes *t* et *t'* de manière à former une anse en haut de ces tubes et à sortir, sous forme de deux bouts terminaux, par leur partie inférieure. Après avoir conduit, à l'aide des deux tubes métalliques, l'anse élastique autour du pédicule de la tumeur, on rapproche ces deux tubes en les introduisant dans les anneaux *a a a* qui les fixent et en adaptant à l'appareil le petit treuil *tr*, sur lequel le caoutchouc s'enroule. A mesure qu'on tourne le treuil, le caoutchouc serre de plus en plus : on maintient la constriction au degré voulu en serrant la vis qui immobilise le treuil.

20° *Hydroclyse* Naudinat, *grand modèle*, avec sondes et canules utérines droites et de divers calibres (fig. 36).

21° Provisions de *fils de fer*, *d'argent*, *fil de chanvre*, *écru*, ciré, ficelle fine cirée, ficelle de fouet, de *fils de caoutchouc*, tubes de caoutchouc fins, de *coton cardé*, qualité supérieure, etc.

22° Pessaires à air Gariel (fig. 37), montrant le pessaire vide avant son introduction et le pessaire gonflé après qu'il a été mis en place ; anneau de Meigs parfaitement arrondi (fig. 38)

ou de Gairal, (fig. 39) différant du précédent en ce qu'il est plat et, par suite, plus facilement retenu dans la partie du vagin où on l'a placé; pessaire levier de Hodge (fig. 40), n'appuyant que sur la paroi postérieure du vagin, derrière l'utérus et par suite ne pouvant maintenir la rétroflexion que très-imparfaitement réduite; même pessaire de Hodge, modifié par Courty, ayant, par suite de ce changement de forme en arrière, l'avantage de retenir plus aisément, dans sa concavité, le col de l'utérus, ce qui oblige le corps à rester incliné en avant, après que la rétroflexion a été réduite (fig. 41); pessaire-berceau de G. Hewitt ayant, comme celui de Hoge, le défaut de n'appuyer que sur le cul-de-sac postérieur du vagin et, par suite, de ne réduire que très-imparfaitement la rétroflexion (fig. 42), même pessaire modifié par Courty et ayant, par suite, l'avantage de maintenir facilement le col en arrière, ce qui oblige le corps à s'incliner en avant et ce qui maintient plus facilement la réduction de la rétroflexion (fig. 43).

§ 3. — Emprunts du gynécologiste a l'arsenal de la grande chirurgie.

1° Un assortiment de *bistouris* à long manche et à lame courte, pointus ou mousses, droits, courbés sur le plat, ou coudés au niveau de la lame (fig. 44). Tous ces genres de bistouri sont nécessaires pour pratiquer des opérations délicates dans le vagin, telles que l'avivement des lèvres ou la formation des lambeaux, pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, le débridement de l'orifice cervico-vaginal, la dissection des lambeaux pour l'autoplastie du col, la résection de la portion vaginale, etc.

2o *Pince érigne et aiguille à vis,* sortant d'un tube, pour passer un fil plus ou moins profondément à travers le col de l'utérus (fig. 45). J'ai fait construire cet instrument par M. Collin pour vaincre la résistance quelquefois considérable

que le tissu induré du col oppose au passage d'une aiguille. On introduit dans le col de l'utérus le tube *s*. On saisit la partie



Fig. 44.

vaginale avec l'érigne *e*; en tournant la vis *v*, on fait sortir l'aiguille *a*, au point voulu, et on lui fait traverser le tissu du col.

3° Le *tire-bouchon* ou la *vis* de M. Clintock pour tirer les polypes (fig. 46). Instrument très-ingénieux pour la préhension d'un polype que l'on veut extraire de l'utérus ou du vagin, bien que son volume, remplissant l'une ou l'autre de ces cavités, empêche de passer les mors d'une pince entre la surface convexe de la tumeur et les parois de la cavité où elle est contenue. Le manche de la vis, pouvant se redresser parallèlement à la tige, ne gêne pas, alors même que la tumeur, où l'on

Fig. 45.

Fig. 46.

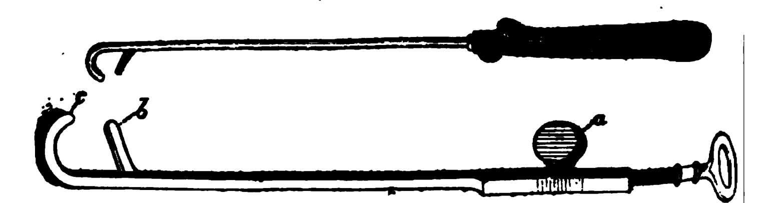


Fig. 47.

veut faire pénétrer cette vis, se trouve placée profondément

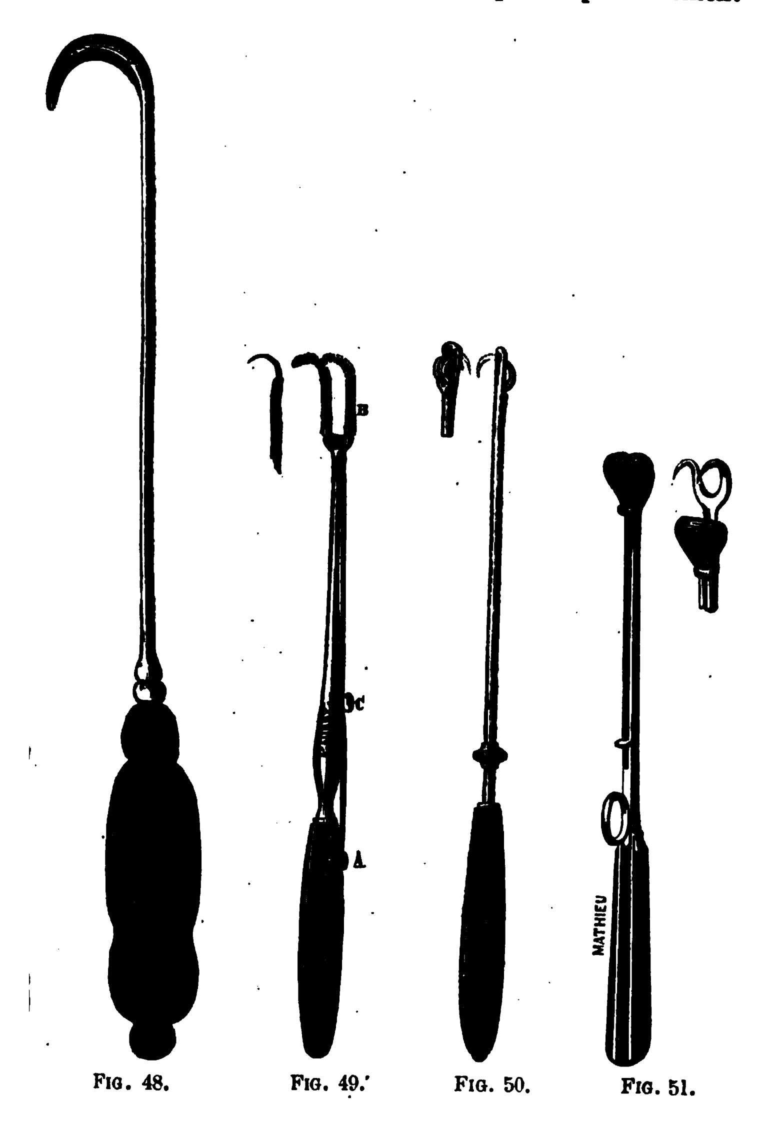


Fig. 48. Fig. 49. Fig. 50. Fig. 51.

dans le vagin. Quand il s'agit d'attirer le polype, on remet le manche dans une direction perpendiculaire à celle de la vis,

laquell e est bien fixée dans la tumeur, lorsque le tissu fibreux

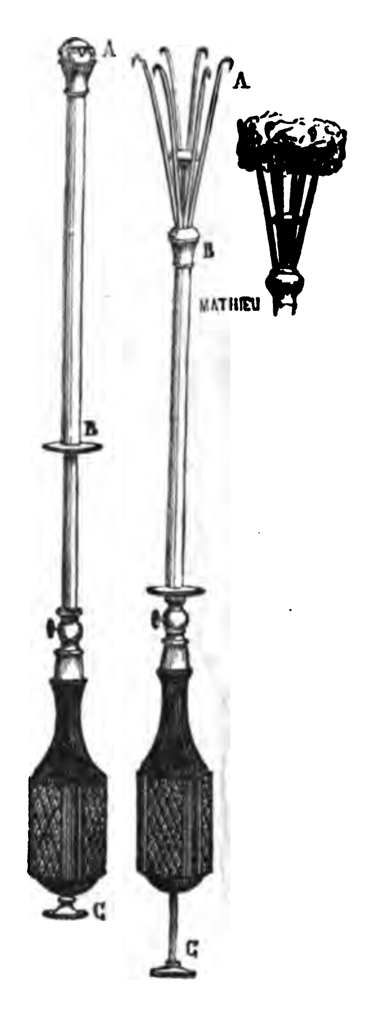


Fig. 52.

en est dense, dur et résistant, comme cela arrive habituelle-

ment. — Le *polyptripe d'Aveling* (fig. 47). Je donne la figure de deux modèles de cet instrument, qui est très-avantageux en ce qu'il permet d'opérer l'écrasement du pédicule d'un polype,

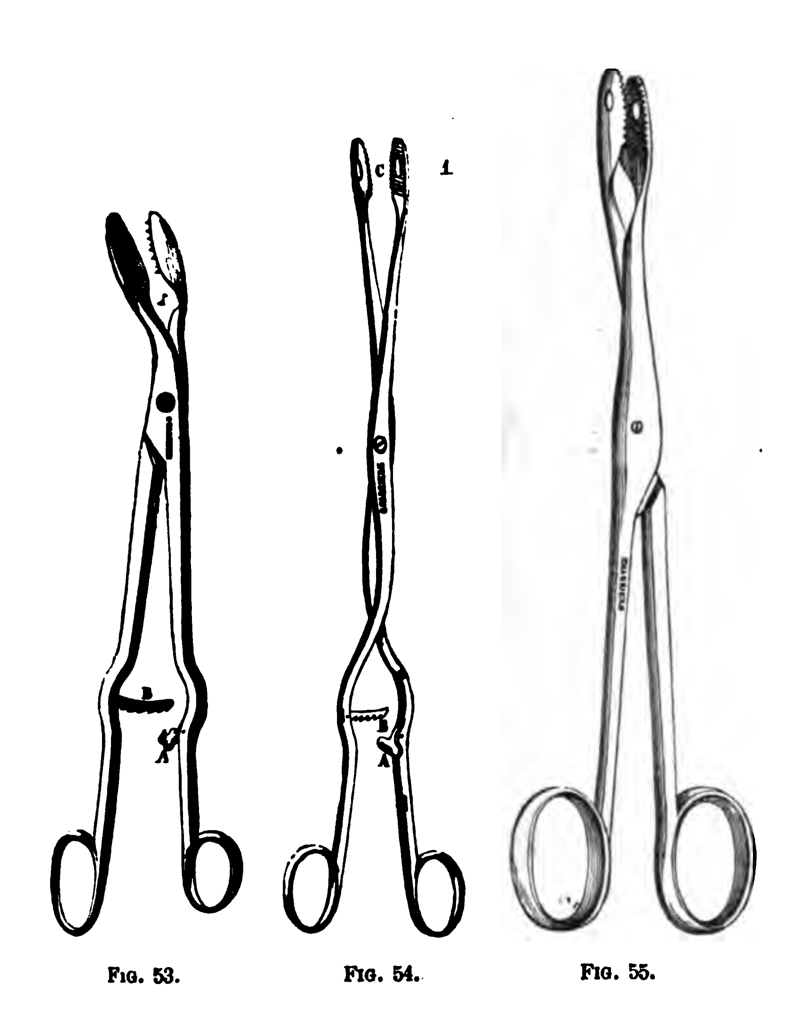


FIG. 53. FIG. 54. FIG. 55.

dans le cas où il est impossible de faire pénétrer profondément et de conduire autour de ce pédicule la chaine d'un écraseur.

— Le *polypotome* de Simpson (fig. 48), espèce de forte serpette, mousse à son extrémité, ce qui permet de la conduire autour du pédicule d'un polype, au fond de l'utérus, sans blesser les parois de l'organe.

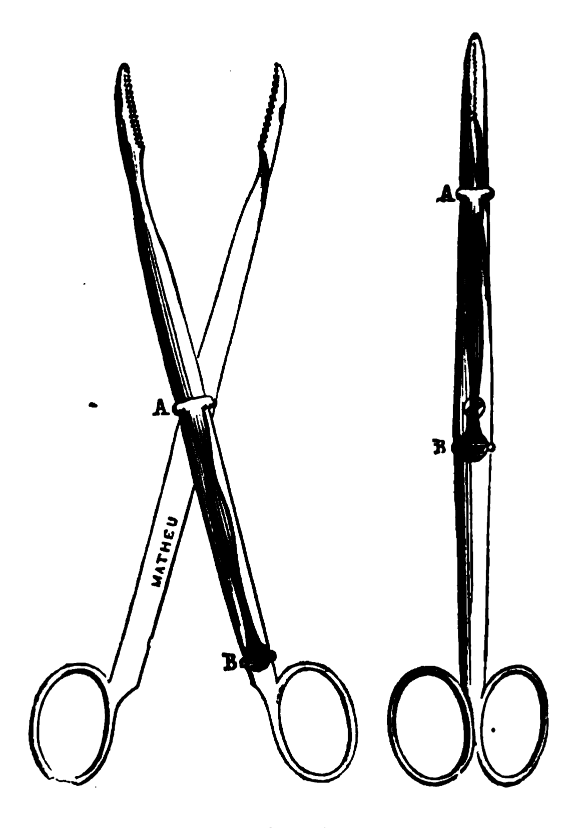


Fig. 56.

4° *Erignes simples ou doubles, très-fortes*, alternativement découvertes ou cachées; se cachant ou se découvrant à volonté, à la faveur de diverses sortes de mécanismes, plus ingénieux les uns que les autres, la griffe se cachant dans un tube flexible (fig. 49, Aubry), ou se retirant par une ouverture

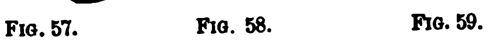


FIG. 57. FIG. 58. FIG. 59.

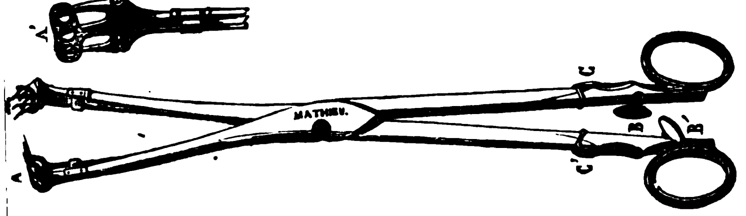


FIG. 60.

derrière la tige qui la soutient (fig. 50, Collin), ou s'appliquant très-exactement sur un renflement de bois très-poli qui en déborde la pointe (fig. 51, Mathieu).



FIG. 61.

5° *Erignes rayonnantes*, convergentes et divergentes, de Chassaignac (fig. 52). On y voit l'érigne fermée et l'érigne ouverte. Demi-érignes de même forme, que j'ai fait construire pour s'appliquer séparément à l'une et à l'autre des deux lèvres de l'utérus, dans les cas où l'on doit exercer une forte traction sur chacune d'elles. Cet instrument, très-commode, peut s'introduire fermé dans une cavité, à travers un orifice sans le blesser; puis, à mesure qu'on l'ouvre, ses griffes se dégagent et s'implantent fortement dans le tissu qu'elles maintiennent sans pouvoir en être détachées; ferme-t-on l'instrument, les griffes rentrent dans la tige, sous le

bouton qui les abrite, et dès lors on peut retirer de nouveau l'instrument sans blesser l'organe.

6° *Fortes pinces à polypes* droites ou courbes, à verrou. — *pinces à faux germe* ou petit forceps. — Les fig. 53, 54, 55, 56 montrent divers modèles de ces pinces droites, courbes, sans verrou ou avec verrou, crémaillère, écrou et autres moyens de constriction. Enfin, il en est dont on peut introduire les branches simultanément ou séparément, à la manière d'un petit

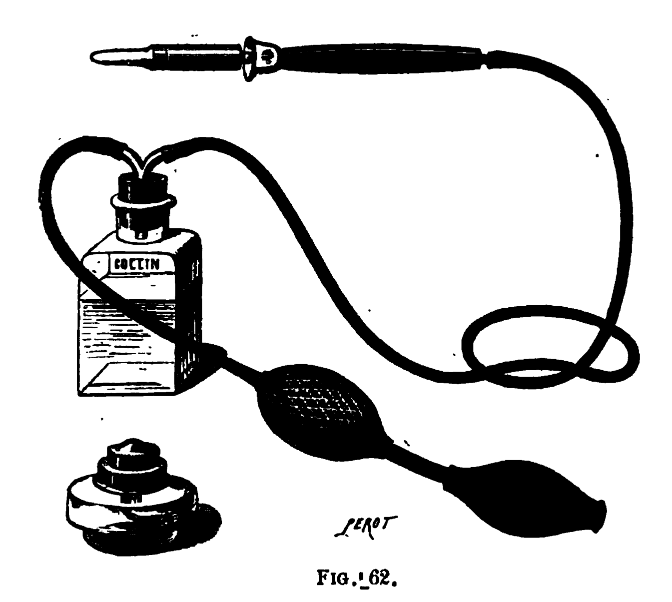


Fig. 62.

forceps, condition indispensable dans la plupart des cas pour en rendre l'application possible.

7° *Fortes pinces érignes de Museux* : les unes simples à 2 ou à 3 pointes (fig. 57), les autres très-concaves pour embrasser de fortes tumeurs, modèle de Robert (fig. 58); les autres glissantes, modèle Greenhalgh (fig. 59); d'autres se cachant et se découvrant à volonté, modèles Collin, Mathieu, etc. (fig. 60). Ces dernières pouvant s'introduire, une branche après l'autre, de manière à s'articuler ensuite, comme un forceps, et pouvant

glisser sans blesser les tissus, jusqu'au moment où l'on fait saillir les fortes pointes qui pénètrent dans la tumeur, sans pouvoir s'en dégager autrement qu'en étant ramenées derrière l'extrémité protectrice, constituent un instrument excellent, d'une utilité incontestable, lorsqu'il s'agit de saisir dans l'utérus une tumeur assez grosse pour en remplir la cavité. Un dernier avantage de cet instrument, c'est que les fortes pointes qui en terminent les mors ne peuvent pénétrer le tissu de la tumeur ni s'en dégager, qu'en étant poussées en dehors ou ramenées en arrière de l'extrémité protectrice qui les abrite, à la volonté du chirurgien. Aussi pouvons-nous recommander ces pinces-érignes comme tout-à-fait précieuses dans la pratique de la chirurgie gynécologique.

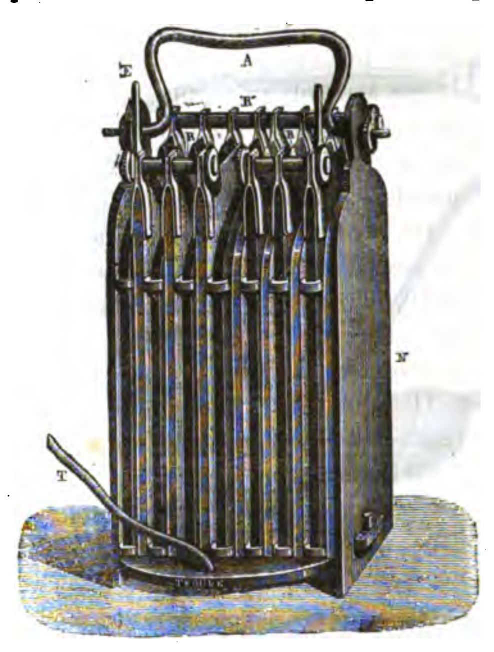


Fig. 63.

8° *Ecraseurs linéaires*, droit et courbe (fig. 61), munis d'un fil métallique pour en tenir la chaîne déployée autour de la tumeur à embrasser et à étreindre (modèle d'Aubry).

9° *Thermo-cautère* de Paquelin (fig. 62), avec ignipuncteur et couteau courbe, que M. Collin a bien voulu construire d'après mes indications, et ciseaux thermo-cautères de Collin.

Ce thermo-cautère est bien préférable au cautère galvanique, du moins comme couteau; il reste toujours au galvano-caustique l'avantage de l'anse coupante. Le thermo-cautère a aussi

sur l'appareil galvano-caustique l'avantage de ne pas exiger un entretien aussi difficile. Néanmoins cet instrument est assez délicat et, si l'on ne veille pas attentivement aux conditions de son fonctionnement régulier, on se trouve privé de son secours au moment où l'on s'y attend le moins. On ne sera donc pas surpris que, pour mon compte, je préfère encore à l'un et à l'autre de ces ingénieux appareils, ma petite lampe à alcool, qui suffit à la plupart de mes cautérisations, qui a l'avantage de se trouver partout et que tout le monde sait mettre en action.

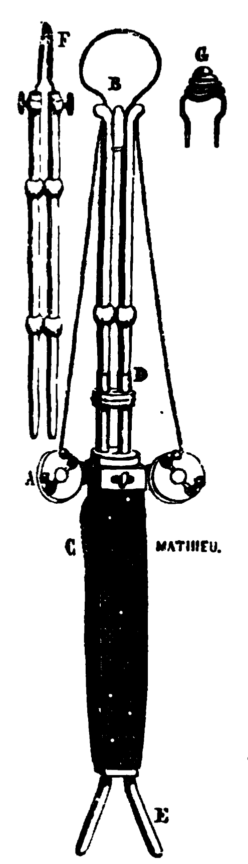


Fig. 64.

10° *Appareil galvano-caustique* thermique (fig. 63) avec anse coupante (fig. 64 B), ou couteau galvanique (fig. 64 F), ou cautère conique (fig. 64 G). On peut y ajouter un appareil à *électrolyse*.

11° Boite pour l'opération des *fistules vésico-vaginales* et *recto-vaginales*.

12° Boite à *ovariotomie*.

Il est commode de trouver réunis dans une seule boîte tous les instruments nécessaires pour la pratique de ces deux dernières opérations ; mais on peut se contenter absolument de ceux que nous avons énumérés précédemment. Tout au plus faudrait-il y ajouter, pour l'ovariotomie, un large trocart et des pinces hémostatiques à pression continue ; le clamp n'est pas indispensable.

CROCHET FLEXIBLE.

Par le Dr Delore.

Le crochet est le plus simple et le plus primitif des instruments de traction ; il a donc dû être employé de tout temps en obstétrique, dans les cas où l'extraction du fœtus offrait des difficultés dont la main ne pouvait triompher. Celse en fait mention. A. Paré en représente plusieurs modèles.

Le crochet a été modifié par Smellie, Levret. Bassard a imaginé un crochet caché. Braun a employé le crochet pour la décapitation et lui a donné une forme spéciale dans ce but.

Il y a plusieurs variétés de crochets, suivant les indications à remplir. Les principales sont le crochet aigu et le crochet mousse.

Le crochet aigu est double ou simple. Le double a l'avantage de s'insérer sur une plus grande surface et de moins déchirer; mais il est plus dangereux et plus difficile à surveiller. Le crochet simple, dont les forceps sont munis, a une tige arrondie qui supporte la pointe et qui le rend inférieur au crochet de Smellie, qui, après avoir perforé s'applique sur les tissus par une surface aplatie.

Le crochet mousse présente aussi des courbures variées; il est en hameçon ou en bec de canard. Dans beaucoup de ces instruments, le crochet est supporté par une tige incurvée en sens opposé à la pointe. Cette courbure est inutile à mon avis et, de plus, elle est généralement nuisible. Je m'expliquerai tout à l'heure à ce sujet.

Le crochet est un instrument précieux quand l'indication est précise et qu'elle est bien remplie ; il rend des services incontestables, mais le résultat est obtenu avec tant de simplicité qu'il ne vient à l'esprit de personne de vanter l'instrument employé. Suivant moi il a été discrédité à tort.

Le crochet mousse est indiqué dans les présentations du siége avec flexion des membres, quand la nature ne peut suffire et que le doigt n'est pas assez vigoureux.

Je ferai la même remarque pour le maxillaire inférieur, quand après l'extraction du tronc la tête éprouve des difficultés à sortir et qu'on introduit le doigt ou un crochet dans la bouche.

J'ai aussi employé le crochet mousse avec succès dans les cas de version difficile.

Dans une présentation où l'épaule est restée longtemps à l'orifice après l'issue du liquide amniotique, l'introduction de la main est souvent difficile et l'évolution impossible. Je suis parvenu à l'exécuter cependant en pareille circonstance en m'aidant d'un crochet que j'appliquais sur la cuisse, au fond de l'utérus, en le conduisant sur ma main.

Je conseille une application semblable dans la version que je pratique habituellement après la céphalotripsie. Quoique cette opération ne présente pas alors de grandes difficultés, la main de l'accoucheur est souvent tellement fatiguée qu'elle a besoin d'être aidée pour la préhension et la traction.

Dans ce cas on a un grand avantage, c'est de ne pas avoir à se préoccuper des lésions que l'instrument peut produire sur les points du fœtus où il est inséré.

Enfin on peut encore se servir du crochet dans les cas où on a amené le pied au fond du vagin. Dans nos expériences on verra de quelle utilité peut être alors le crochet.

Le crochet aigu s'applique partout; ses meilleurs points d'appui sont les saillies osseuses entourant des cavités naturelles. L'orbite, le pubis, les côtes, etc. Smellie l'appliquait sur les parois crâniennes.

EXPERIENCES.

Voici les résultats obtenus avec des crochets appliqués sur diverses parties fœtales.

Les fœtus employés étaient d'une vigueur moyenne.

Un homme de force ordinaire produit, avec le crochet, une traction de 60 à 80 kilogr.

Crochet mousse.

Expérience 1. — Un crochet a été appliqué sur le cou-de-pied qui a été maintenu fléchi sur la jambe avec une seule main. La traction a pu s'élever jusqu'à 80 kilog. sans lésion de la peau ni des articulations.

Voici le but de cette expérience : lorsque pendant une version podalique le pied a été amené au fond du vagin ou à l'orifice de l'utérus, il est quelquefois fort difficile de le faire descendre à la vulve. En pareil cas je propose de le saisir avec le crochet maintenu par la main. Mon expérience montre qu'on peut obtenir ainsi une force considérable.

Evidemment, dans la pratique, il faudra se tenir à un chiffre bien inférieur.

Expérience 2. — La jambe étant maintenue fléchie sur la cuisse, le crochet est appliqué sur le creux poplité. A 45 kilog. de traction, une fracture du tiers supérieur de la jambe est produite.

Expérience 3. — Traction sur le pli de l'aîne à 55 kilog., fracture du fémur. Mais les parties molles résistent et ne se déchirent complétement que par une force de 120 kilog. Avec le doigt non fatigué, on ne peut tirer qu'à 15 kilog.

Expérience 4.—Traction perpendiculaire sur le milieu de la cuisse, fracture du fémur par une force de 20 kilog.

Expérience 5. — Traction perpendiculaire sur la jambe, fracture de deux os par une force de 18 kilog.

Expérience 6. — Traction sur le milieu de l'humérus, fracture à 15 kilog.

EXPÉRIENCE 7. — Application du crochet sur l'aisselle, arrachement de l'épaule à 50 kilog. Préalablement, une fracture de l'humérus se produit.

EXPÉRIENCE 8. — Traction sur le maxillaire inférieur, fracture à 50 kilog., déchirure à 60.

Crochet aigu.

1° Le crochet, directement appliqué sur le pubis, produit un arrachement de l'os par une traction de 60 kilogr. ;

2° Traction avec un crochet inséré de haut en bas, entre la 10e et la 11e côte, le long de la colonne vertébrale ; arrachement avec une force de 45 kilog. ;

3° Perforation de l'occipital ; traction de bas en haut ; déchirure à 45 kilog. ;

4° Traction sur l'orbite, partie supérieure ; fracture à 65 kilog. ;

5° Traction sur l'orbite, partie latérale ; fracture à 45 kilog.

INCONVÉNIENTS DES CROCHETS.

Cet instrument déchire parfois la partie sur laquelle il a été appliqué. Pour éviter ce désagrément il faut tirer avec une grande prudence et ne jamais dépasser une certaine force. Les expériences que je viens de rapporter peuvent guider dans beaucoup de circonstances. Je ne veux pas dire qu'il faudra toujours avoir un dynamomètre à la main quand on exercera une traction obstétricale; en agissant ainsi, on serait singulièrement gêné; mais on possédera cependant des notions qui pourront être utiles dans la pratique ; on saura quelle puissance approximative on développe et quel est le degré de résistance de la partie fœtale sur laquelle on a inséré le crochet.

Il est évident que l'effort produit devra rester bien au-des-

beaucoup de circonstances. Sans doute ce crochet est moins robuste que le rigide, mais il est susceptible d'exercer des tractions bien suffisantes pour ménager les organes de la femme et de l'enfant.

Avec le crochet à bec de canne, on peut exercer une traction de 50 kilog. et avec celui en hameçon on soulève aisément un poids de 60 kilog. Ce sont, à mon avis, les chiffres maximum auxquels on devra atteindre.

MODE D'APPLICATION.

Introduction. — L'instrument est glissé à plat sur l'avant-bras ou la main, préalablement introduits dans les organes génitaux de la femme. Et si on veut l'incurver on presse obliquement, avec le manche, vers la partie du bras qui sert de conducteur.

Insertion. — Quand l'instrument a pénétré à la profondeur voulue, on retourne la pointe du côté où on veut le placer, et avec la paume de la main on presse le talon du crochet, la pointe est ainsi portée au contact et à la rencontre de la partie où on veut l'insérer.

CONCLUSIONS.

Le crochet, tel que je le propose, sera plus avantageux dans tous les cas où le crochet ordinaire était employé. C'est un instrument moins massif, plus léger, moins dangereux parce qu'il est moins rigide. Toutefois, je n'ai pas la prétention de supprimer complétement le crochet rigide; il sera conservé pour les applications à l'orifice utérin et dans les cas où l'on veut séparer le tronc de la tête par le procédé de Braun.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MÉTRITE CHRONIQUE.

Par le Docteur De Sinéty

On a divisé la métrite d'une façon bien différente selon le point de vue où on s'est placé; en métrite aiguë et en métrite chronique, puerpérale et non puerpérale, métrite du corps et du col, hémorrhagique, polypeuse, ulcéreuse, granuleuse; on n'en finirait pas si on voulait citer toutes les épithètes qu'on a données à la métrite. Parmi ces divisions il en est un petit nombre qui doivent être conservées, en en éliminant la plupart.

D'abord, quand il s'agit de classifications, nous ne devons jamais oublier qu'il n'en existe pas dans la nature. La classification est une vue de l'esprit, qui sépare les uns des autres des objets qui ne le sont pas en réalité; c'est un moyen nécessaire pour offrir à la pensée certains points de repère, permettant de mieux décrire et de mieux comprendre, par conséquent, les phénomènes auxquels nous assistons.

Mais ces points de repère ne peuvent être utiles qu'à la condition d'être précis, faciles à retrouver; et rien n'embrouille plus une question, que l'abus de la classification et la multiplication d'espèces mal définies.

Aussi peut-on dire que la métrite est un des chapitres les plus obscurs de la pathologie des organes génitaux de la femme. Cette obscurité tient à une série de causes dont la principale consiste, en ce que la métrite chronique amenant rarement la mort, on n'a étudié qu'exceptionnellement les lésions qui la constituent.

C'est certainement cette ignorance anatomique qui a amené les auteurs à admettre une série de métrites, dont les lésions

sont toutes à peu près identiques et peuvent se trouver réunies sur un même utérus.

Ainsi la métrite catarrhale, la métrite hémorrhagique, la métrite villeuse bien étudiée par M. Slawiauski (1), et une quantité d'autres formes décrites par les auteurs, ne sont pas des affections distinctes, mais bien des manifestations variables d'une même affection.

C'est surtout l'étude histologique des granulations que l'on rencontre si souvent dans la métrite chronique et contre lesquelles Récamier avait préconisé l'usage de sa curette, qui m'a amené à formuler cette opinion.

La présence de ces granulations a été signalée par tous les gynécologistes, et leur variété d'aspect macroscopique a été très bien décrite par Aran (2).

M. Robin, il y a plus de vingt ans, s'est occupé de cette question et a signalé les principaux éléments qui entrent dans la structure de ces végétations (3). Je ne veux, du reste, pas faire ici l'historique complet de la question. Je me contenterai de résumer les faits principaux résultant de mes propres recherches.

On peut ramener la structure des végétations de la cavité utérine, dans la métrite chronique, à trois formes principales :

1° Dans certains cas, on observe une hypertrophie des glandes qui deviennent beaucoup plus nombreuses et se dilatent, tout en conservant leur épithélium.

Sur les coupes provenant de certaines végétations, on rencontre dans le tissu qui sépare, les unes des autres, ces glandes plus ou moins dilatées, une production de graisse. Celle-ci est en grande partie contenue dans des cellules, ayant l'aspect des cellules du tissu adipeux; tandis que les éléments épithéliaux

---

(1) *Archives de physiologie*, 1874, p. 86.

(2) *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1858-1860. p. 420.

(3) Robin. *Arch. de méd.*, 4e série, t. XVII et Ferrier, thèse, 1855.

ne paraissent avoir subi aucune dégénérescence granulo-graisseuse.

Un fait de ce genre vient d'être également signalé par Wyder, dans une production polypeuse de la cavité utérine (1).

Cette forme de granulations présente à peu près la même structure que les polypes de l'utérus dont elles sont souvent le point de départ.

2° Dans d'autres cas, les végétations (2) sont uniquement constituées par du tissu embryonnaire. On ne retrouve que des traces de glandes et quelques restes d'épithélium plus ou moins dégénéré.

On a affaire à un vrai tissu inflammatoire, comparable aux bourgeons charnus d'une plaie exposée.

Sur quelques points, on observe des îlots d'éléments, dégénérés, se laissant peu colorer par le picrocarmin, comme dans les bourgeons qui forment du pus.

3° Enfin, certaines de ces fongosités sont presque uniquement composées de vaisseaux, quelques-uns de ces vaisseaux, quoique de structure embryonnaire, sont extrêmement dilatés et atteignent un diamètre considérable.

Ces trois sortes de granulations utérines, dont l'étude n'avait pas été suffisamment faite jusqu'à présent, nous donnent l'explication des principaux aspects que revêt l'écoulement dans la métrite chronique.

En effet, selon que l'une de ces trois espèces dominera, nous aurons affaire à un écoulement abondant et surtout muqueux, si ce sont les glandes; purulent, si ce sont des bourgeons embryonnaires et dégénérés; hémorrhagique, si ce sont les vaisseaux.

On peut sur un même utérus rencontrer ces trois formes d'altérations. Quelquefois la muqueuse paraît presque unie et ne

---

(1) Wyder. *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 38.

(2) J'ai employé indifféremment les expressions de granulation et de végétation pour désigner les mêmes objets.

présente pas de granulations. Dans ces cas encore, l'examen histologique nous montre les mêmes lésions diffuses et envahissant à peu près également toute la muqueuse.

C'est ce qui résulte d'une de mes observations relative à une femme d'une trentaine d'années, atteinte de métrite interne avec hémorrhagies, ayant succombé en quelques heures à des accidents urémiques.

La malade avait présenté tous les symptômes de la métrite interne chronique. A l'autopsie, nous avons trouvé les cavités dilatées, remplies d'un mélange de sang et de muco-pus, les parois amincies, le tissu friable.

Voici ce que nous avons constaté sur les coupes obtenues après durcissement et coloration au picrocarminate. La muqueuse est considérablement épaissie, les glandes sont dilatées sur certains points, mais toujours reconnaissables à leur revêtement épithélial nettement dessiné. Leur lumière est souvent oblitérée par des amas de cellules rondes.

Les glandes, au lieu d'être rapprochées les unes des autres, comme à l'état normal, sont séparées par des espaces considérables uniquement formés d'éléments jeunes.

Dans ce stroma embryonnaire, on rencontre de nombreux vaisseaux qui s'avancent jusqu'à la surface libre de la cavité utérine. Ces vaisseaux, encore remplis de globules sanguins, expliquaient parfaitement les hémorrhagies qu'avait présentées la malade pendant sa vie.

L'épithélium de revêtement avait partout disparu, excepté dans les glandes. Sur quelques points de l'épaisse couche de tissu embryonnaire, qui avait remplacé la muqueuse normale, on observait des îlots d'éléments dégénérés ayant pris l'aspect de petites masses caséuses.

Les lésions ne se bornaient pas à la surface de la cavité utérine.

On pouvait aussi les constater dans toute l'épaisseur de l'utérus. Les fibres musculaires étaient conservés. Mais entre les faisceaux musculaires, et variant d'un point à un autre,

on trouvait des amas de petites cellules rondes, semblables à celles que nous avons déjà signalées dans la muqueuse.

Ces éléments sont surtout très-nombreux autour des vaisseaux de petit calibre, et forment, en certains endroits, des îlots qui, après l'action du picrocarmin, tranchent par leur coloration rouge, qui permet de les reconnaître, même à un faible grossissement.

Le cas dont je viens de résumer l'observation présentait, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue de l'anatomie macroscopique, tous les caractères de la métrite dite muqueuse. Et cependant l'examen histologique nous a montré que l'utérus était atteint dans toute son épaisseur, et qu'il existait également une métrite, dite parenchymateuse.

Ces amas d'éléments embryonnaires autour des vaisseaux auraient-ils amené la formation du tissu muqueux périvasculaire, signalé par plusieurs auteurs dans la métrite? (1) ou bien une production de tissu fibreux, comme on en rencontre dans d'autres cas? c'est ce que je ne peux décider pour le moment.

Je m'occuperai maintenant de préparations histologiques, provenant d'un utérus recueilli à l'autopsie d'une femme de 34 ans, qui avait présenté pendant la vie tous les symptômes de la métrite parenchymateuse chronique.

Les parois de l'utérus étaient très-épaissies, dures, résistantes, d'un aspect blanchâtre, enfin possédaient tous les signes qui caractérisent, à l'œil nu, l'utérus atteint de métrite chronique, dite parenchymateuse, à la deuxième période ou période d'induration. Sur ces coupes colorées, soit au picrocarminate, soit à la purpurine, nous voyons deux caractères tout à fait frappants :

1° Un très-grand nombre de cavités tapissées d'un endothé-

---

(1) Voir à ce sujet : Slawianski, *loc. cit.*, p. 58. Olshausen, *Ueber der hyperplasirende Endometritis der corpus uteri. Arch. f. Gyn.*, 1875, t. VIII, p. 97 et Wyder, *loc. cit.*, p. 37.

...ui atteignent en certains points des dimen-...es (1), communiquent les unes avec les autres ...es rétrécis, qu'on pouvait reconnaître, en quel-...oits, comme une traînée rouge, due à la coloration ...aux des éléments endothéliaux qui tapissent également espaces rétrécis ou fentes lymphatiques;

2° Le second caractère consiste en une hyperplasie du tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux; hyperplasie qui diminue leur calibre, au point de les oblitérer, presque, en quelques endroits.

Ce tissu conjonctif est un véritable tissu fibreux, pauvre en éléments cellulaires. En outre, on voit sur les préparations à la purpurine, que les faisceaux de muscles lisses sont très-bien conservés et tranchent, par leur coloration rose, sur le fond presque incolore formé par les fibres conjonctives.

Y a-t-il diminution du nombre des faisceaux musculaires? c'est ce qu'il est bien difficile de dire et c'est ce qu'il m'a été impossible d'affirmer en comparant ces préparations à celles provenant d'un organe sain. En tout cas, les faisceaux musculaires n'en existent pas moins en quantité notable, et les éléments qui les composent ne paraissent nullement altérés, ni dans leur structure, ni dans leurs dimensions.

Dans ce cas-ci, la muqueuse présentait quelques-unes des lésions que j'ai déjà décrites plus haut.

En résumant les résultats de notre examen histologique, nous dirons que, dans ce cas, les altérations consistaient :

1° En une dilatation considérable des espaces lymphatiques normaux;

2° En une hyperplasie localisée au tissu conjonctif périvasculaire.

Cette lésion est fort différente de l'épaississement avec athé-

(1) Ces cavités ne sont autre chose que les espaces lymphatiques décrits par Léopold, considérablement dilatés. V. Léopold, *Arch. f. Gyn.*, t. VI, 1874, p. 1.

rome, que l'on trouve si fréquemment dans les vaisseaux sanguins de l'utérus des femmes qui ont succombé à un âge avancé.

Ici, ce n'est pas une altération des parois vasculaires, mais du tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux.

Les deux observations que je viens de résumer présentent les lésions de la métrite chronique, dite parenchymateuse, à des périodes différentes de son développement.

Je ferai remarquer que, dans ces deux cas, la muqueuse était également atteinte. Doit-on, d'après ces faits, rejeter la division admise par la plupart des auteurs, en métrite muqueuse et métrite parenchymateuse? Je ne le pense pas, au moins pour la métrite chronique, qui seule nous occupe en ce moment. Dans tous les cas de métrite que nous avons étudiés, comme dans ceux que nous venons de résumer, les lésions portaient en même temps sur la muqueuse et sur toute l'épaisseur de la paroi intérieure. Il n'en est pas moins vrai, que, selon que les altérations dominent du côté de la muqueuse ou du côté du parenchyme, on a affaire à un type clinique essentiellement différent. Aussi, quoique n'ayant pas une signification anatomique absolument précise, la division, en métrite interne ou muqueuse et métrite parenchymateuse, nous paraît devoir être conservée. En outre, il est très-possible qu'on rencontre, dans l'utérus, l'inflammation uniquement limitée aux éléments épithéliaux, comme on l'a démontré pour d'autres organes (1). Mais cette hypothèse demande à être confirmée par des faits vérifiés à l'autopsie.

---

(1) V. les Leçons de M. Charcot, *Progrès médical*, 1878, p. 83.

REVUE DE LA PRESSE

RAPPORT SEMESTRIEL SUR L'OBSTÉTRIQUE ET LA GYNÉCOLOGIE.

(*American Journal of obstetrics*).

Par **Engelmann, Fewmith** et **Foster**

Résumé par le Dr CORDES.

I. — OBSTÉTRIQUE.

I. — **Céphalotribe et cranioclaste.** (*Section de gynécologie du Congrès médical allemand*, sept. 1877.)

Crédé, de Leipsig, sans vouloir diminuer la valeur du cranioclaste, doit cependant affirmer que, dans sa pratique, le céphalotribe a été pour lui un aide plus sûr et plus facile que le cranioclaste : le premier lui a permis de vaincre aisément des difficultés dans lesquelles le second avait été impuissant. Pour lui, les critiques que Wiener et Fritsch ont faites du céphalotribe ne peuvent tenir devant les faits de son expérience. L'expérience des autres praticiens renverse aussi les objections théoriques de ces deux auteurs. A Prague, on a adopté la céphalotripsie; à Vienne, la cranioclasie; à Berlin, on choisit entre les deux méthodes.

Crédé se sert du céphalotribe de Busch, qui est long, mince et cependant puissant, fait en acier dur et capable d'écraser la tête la plus résistante. Sa courbe céphalique est peu accusée, sa courbure pelvienne est prononcée. C'est, suivant Crédé, le plus court et le plus léger instrument qui puisse rendre de bons services. Pour la cranioclasie, il a d'abord employé le crânioclaste de Simpson; puis il a adopté celui de Braun, qui donne plus de force pour la compression et la traction.

Voici comment Crédé fait la céphalotripsie : « Je fais d'abord, avec « des ciseaux, une assez large perforation dans la partie de la tête la « plus facilement accessible... — Dans les présentations du siége, « c'est plus malaisé et souvent inutile. Puis j'attends un peu que la « contraction utérine ait expulsé une partie du sang et du cerveau « du fœtus et réduit le volume de la tête. Je place alors le céphalo- « tribe aussi haut que possible et exactement sur l'*équateur de la tête*, « ce qui est plus important que le côté ou la largeur de la surface « sur laquelle on l'applique. Je serre peu à peu l'instrument et ex- « prime ainsi le cerveau et fais briser ou fléchir les os. Quand l'in- « strument est complètement fermé, j'attends encore, dans l'espoir « que les contractions pourront engager la tête et la feront tourner « avec le céphalotribe. Si les contractions sont épuisées, j'essaye dou- « cement de faire tourner la tête du côté vers lequel je sens qu'elle « incline, en évitant toute violence, en la guidant, pour ainsi dire ; « tout au plus, vers la fin de l'opération, fais-je quelques tractions. « Si quelques esquilles font saillie, je les fais habituellement rentrer « entre les cuillers de l'instrument ; on peut aussi les repousser dans « la perforation ou les enlever avec une pince. Toute l'opération, « avec les arrêts, dure de dix à quinze minutes. Les parties mater- « nelles ne sont point lésées. Il est rare que j'aie à retirer et à réap- « pliquer l'instrument, et voici trente ans que j'opère ainsi, sans un « insuccès. Je puis déclarer avec assurance que les accidents et les « morts qui ont quelquefois suivi n'ont pas été causés par la cépha- « lotripsie, mais par la durée du travail et surtout par les tentatives « faites auparavant, et spécialement par l'usage violent du forceps. »

Voici les conclusions de Crédé : « Le céphalotribe est un instru- « ment de compression, d'une application aisée et sans danger, utile « même dans les cas difficiles. S'il est bien fait et manié par des « mains habiles, il peut aussi servir comme tracteur ; mais il doit « plutôt servir à guider la tête qu'à l'extraire avec force. L'usage du « cranioclaste est plus limité. Dans les cas difficiles, il ne sert pas à « comprimer la tête, mais il la saisit solidement et peut l'extraire ; « c'est donc un extracteur. Ces deux instruments se complètent l'un « l'autre. Dans les cas d'extrême difficulté, le premier peut être em- « ployé pour écraser la tête, l'autre pour l'allonger et l'extraire. »

Dans la discussion, Spiegelberg parle fort en faveur de la cranio- clasie et cite un instrument employé par Winckel avant que Simpson eût fait son cranioclaste.

Winckel répond que ce fait date de 1859. Il fut appelé avec son père pour un accouchement difficile dans un bassin ostéomalacique. Le céphalotribe ayant dérapé plusieurs fois, Winckel appliqua la pince de Mesnard et put extraire la tête. Il fit alors construire des instruments plus puissants. Depuis deux ans, il ne se sert que du cranioclaste. Voici, pour lui, les questions que soulève ce sujet :

1° Le crânioclaste permet-il d'extraire une tête à travers un bassin fort rétréci ?

2° Comprime-t-il la base du crâne ?

3° Comment peut-on éviter les déchirures amenées par l'instrument ?

Winckel résout les deux premières questions par une affirmation positive. Dans ses expériences sur des fœtus morts récemment, il a pu, dans l'espace de quinze secondes à trois minutes, allonger les têtes et leur faire franchir des bassins de 5 à 6,5 centimètres. Il n'a pas encore pris un parti entre les deux instruments, mais ses 15 cas de cranioclasie le font incliner du côté de cette opération.

II. — Torsion du cordon. (*Ibid.*)

A. Martin, de Berlin, a observé plusieurs cas de torsion du cordon qu'il ne peut considérer comme s'étant produits pendant la vie du fœtus. Puisqu'un tour complet doit causer la mort du fœtus, si nous en trouvons plusieurs, les derniers se sont produits *post mortem*. Mais comme on n'observe pas, dans les cordons tordus, les signes de la stagnation veineuse qu'on rencontre dans les troubles semblables de la circulation, Martin incline à croire que toutes les torsions funiculaires se produisent après la mort. Il a été encore affermi dans cette idée par un fait récent, où il a vu un cordon qui présentait deux tours en sens inverse ; la portion intermédiaire présentait à peine une trace spirale.

III. — Le liquide amniotique. (*Ibid.*)

Des expériences attentives ont démontré à Fehling, de Stuttgard, que la quantité du liquide amniotique est inférieure de beaucoup à

ce que l'on croit généralement. A la fin du dixième mois, elle est de 630 grammes; à la fin du neuvième, elle n'est que de 470 grammes (Fehling compte, paraît-il, en mois lunaires de 28 jours). La quantité du liquide n'a pas de rapport constant avec le développement du fœtus, ce que d'autres statistiques auraient pu faire croire, puisque la sécrétion urinaire du fœtus est en proportion directe de son développement.

Quant à l'analyse quantitative, F... y a trouvé de 11 à 13 parties solides pour 1,000. Le liquide renferme de 0,08 à 0,04 p. 100 d'urée; celle-ci ne paraît pas augmenter avec le poids du fœtus. Elle peut aussi se rencontrer dans le sang maternel, mais pas en quantité assez considérable pour expliquer cette proportion dans le liquide amniotique. On y trouve si peu de matières étrangères (salicylate de soude, etc.), qu'on ne peut tirer de conclusion au sujet de la fréquence de la miction du fœtus, surtout si l'on considère que les expériences de Fehling ont prouvé que ces substances peuvent aisément passer des veines funiculaires dans le milieu ambiant. Il est remarquable combien on rencontre de nœuds et de torsions du cordon : on en observe—jusqu'à 20 et 30—dans les cas où le liquide est très-abondant. F... considère le liquide amniotique comme un fluide séreux ; pour lui, la présence de l'urée n'est qu'un accident.

IV. — État de l'utérus et du col pendant la grossesse et le travail. (*Ibid.*)

Bandl (de Vienne) constate la divergence des opinions des anatomistes et des obstétriciens à ce sujet. D'après l'ancienne théorie, la cavité du col se confond *graduellement* avec celle du corps; au moment du travail, ses parois s'épaississent et s'accourcissent; la nouvelle théorie admet, au contraire, que le col, inaltéré jusqu'alors, s'ouvre seulement au moment du travail, et que ses parois s'amincissent et s'allongent. B... soutient l'opinion, qui ne s'accorde complètement avec aucune de ces théories, que, dans l'accouchement normal, les muscles utérins, cervicaux et vaginaux s'accourcissent; leur allongement, s'il existe, est un état pathologique. « L'espace nécessaire au passage de la tête est donné, dit-il, non par l'élongation des fibres musculaires, mais par leur ramollissement, leur extension et leur séparation, suivies normalement par leur accourcisse-

ment et leur épaississement. » Bandl présente ensuite des pièces qui montrent que le col n'est pas un canal cylindrique, mais un entonnoir; la portion évasée s'ouvre dans la cavité utérine; chez une primipare, à six mois de grossesse, la portion droite de l'entonnoir a 2, 5 centimètres; la partie éloignée mesure 3 centimètres. *La même muqueuse recouvre les deux portions.* Chiari, Breus Küstner, de Halle, y ont reconnu les caractères de la muqueuse cervicale. Les membranes fœtales ne sont intimément adhérentes à l'utérus qu'au-dessus du bord de l'entonnoir. « L'examen de l'utérus au sixième mois de la gestation montre que les deux ouvertures que je désigne respectivement sous les noms de *faux orifice interne*, situé au point d'union des deux parties de l'entonnoir, et d'orifice interne de Braun ou *orifice interne vrai*, situé au bord de l'entonnoir, prennent leurs rapports normaux dès le début de la grossesse. Si les pluripares s'écartent de cette règle, c'est que le tissu du col a subi des modifications pathologiques. Vers la fin de la gestation, la partie inférieure de l'utérus, l'ouverture de l'entonnoir, se ramollit, et la poche des eaux descend plus bas que le plan du détroit supérieur. On peut alors sentir l'orifice interne à travers le col. Le tube de l'entonnoir s'amollit et se distend. Pour moi, la normale est que, au début du travail, la tête soit séparée par une mince couche de tissu. Pendant les premières douleurs, les fibres musculaires du col *se raccourcissent* ou se contractent, l'orifice externe s'ouvre, la portion vaginale disparaît dans l'épaisseur de la paroi utérine. Tout le sac musculaire utérin agit alors de concert avec les muscles abdominaux dans l'acte final de l'expulsion. »

Bandl mentionne ensuite les modifications que causent dans ce phénomène les changements morbides des tissus. Dans nombre de cas, comme chez les pluripares à organes apparemment sains, la ligne de démarcation entre l'orifice interne vrai et le faux n'est pas nettement indiquée. La longueur des deux parties du col peut varier dans des limites fort étendues, et l'orifice interne vrai est quelquefois presque effacé. Suivant B..., il n'y a pas de doute sur la position de l'ouverture cervicale supérieure, point où s'insèrent les membranes ; il correspond à l'insertion du péritoine à l'extérieur, et forme une ligne nettement définie vers le centre de l'organe. Les différences qu'on trouve chez les pluripares dont le travail a été parfaitement normal sont peu accusées. Dans les insertions vicieuses du placenta, le col n'est pas infundibuliforme.

Dans la discussion, la plupart des assistants ont émis des opinions opposées à celles de Bandl; d'autres ont soutenu qu'il n'a pas bien démontré que l'ouverture de l'entonnoir fît réellement partie du col.

V. — Anomalies des douleurs. (*Ibid.*)

Frankenhauser, d'Iéna, a montré que chaque douleur amène une élévation de température, variant de 2 à 10 centièmes de degré. F... considère les cas où ce fait ne se produit pas, comme des anomalies, et pour lui, les douleurs ne sont que des crampes. C'est l'afflux sanguin vers l'utérus qui explique cette hyperthermie. F... n'indique pas exactement quelle est la cause des contractions, mais il croit qu'elles sont dues à la diminution de l'oxygène dans le sang et à l'augmentation de l'acide carbonique. Un fait remarquable, c'est que, tandis que la chaleur augmente dans l'utérus, elle diminue sous l'aisselle. F... n'a pu décider quel est le phénomène initial, le raptus sanguin vers l'utérus, ou les contractions.

VI. — Grossesse extra-utérine. (*Ibid.*)

Cohnstein, d'Heidelberg, a étudié les modifications subies par l'utérus et sa muqueuse pendant les grossesses extra-utérines.

Dans l'ordre de fréquence, on trouve d'abord les cas où le volume de l'utérus est augmenté, et où la caduque est dans la matrice ; puis les cas dans lesquels l'utérus est gros, et la caduque absente; puis ceux où l'utérus et sa muqueuse n'ont subi aucune modification ; dans des cas très-rares, l'utérus n'est pas altéré, et la caduque est peu développée.

Le signe le plus certain de la gestation extra-utérine est l'expulsion de la caduque. Quand elle demeure dans l'utérus, F... recommande d'employer la curette pour en extraire les lambeaux, et les examiner.

Comme traitement, il propose d'injecter de bonne heure de la morphine dans le kyste, pour tuer le fœtus. A une époque plus avancée, il préfère l'élytrotomie à la laparotomie, qui donne de moins

bons résultats pour la mère; naturellement, le fœtus est sacrifié! (1)

VII. — **La muqueuse utérine pendant la menstruation, la grossesse et les suites de couche**, par G. Léopold (*Arch. f. Gynæk*, XI, 1, 3. XII, 2.)

Travail étudié, fondé pour la plus grande partie sur des observations personnelles prises à l'amphithéâtre de l'Institut pathologique et à la maternité de Leipsig. Léopold a commencé cette étude en 1873 en même temps qu'il faisait ses recherches sur les lympathiques de l'utérus non gravide et l'a publié en trois parties : La muqueuse utérine (I) pendant la menstruation; (II) pendant la grossesse; (III) pendant les suites de couche.

II. — GYNÉCOLOGIE.

I. — La muqueuse utérine pendant la menstruation.

Les observations portent sur 19 cas; elles comprennent tous les jours de la période menstruelle, sauf le dixième et le dix-huitième après les règles.

Quelques-uns des cas cités n'entraînent pas la conviction : ainsi, ceux de Bischoff, observés le cinquième et le sixième jour après l'apparition de l'écoulement; ceux de Williams, et le cas de L... lui-même pris au huitième jour, dans lequel la malade avait une néphrite et une ascite. Dans tous les cas, la mort avait été subite; Léopold n'a pas admis les cas de mort survenue dans des maladies chroniques; il reproche, avec raison, à d'autres auteurs de n'avoir pas soigneusement écarté ces cas, et de n'avoir pas assez exactement

(1) Ici un résumé de la lettre de E. Roig y Bofill que nos lecteurs connaissent (*Ann. gyn.*, 1877, t. II, p. 469) A. C.

noté la date exacte de l'apparition menstruelle. Sur ces 19 cas, 6 ont été observés par L... lui-même.

Les traits généraux rapportés par Léopold sont ceux qu'a décrits Engelmann (*Am. Journ. of obst.*, mai 1875) (1). La muqueuse s'hypertrophie à l'approche des règles de 2 à 3 millimètres qu'elle avait dans la période intermenstruelle, elle acquiert 6 à 7 millimètres au moment où paraît l'écoulement; son épaisseur diminue tant que dure celui-ci, jusqu'à ce que la muqueuse ait perdu sa couche superficielle; deux ou trois jours plus tard, elle a repris son épaisseur de 2 à 3 millim.

Les observations de Léopold et celles qu'il cite d'après Underhill et Bischoff sont opposées à ce que dit Williams (*Obst. journ.*, 1875, p. 681 et 753), que la muqueuse entière est expulsée pendant l'époque menstruelle.

Les glandes de la muqueuse ne sont pas petites et droites comme elles le sont pendant la période de repos. Elles ont grossi et ont pris un canal tortueux, surtout dans les couches centrales; le tissu interglandulaire consiste dans des cellules courtes, fusiformes, bien connues, pourvues de leur gros noyau, qu'on trouve en travail de reproduction active dans les couches profondes qui confinent au tissu musculaire.

Ce qui est caractéristique, ce sont les jeunes cellules qui envahissent tout le tissu, et les corpuscules sanguins qu'on rencontre dans les couches superficielles, entourant les vaisseaux engorgés et s'étendant rarement jusqu'aux couches moyennes de la membrane. Les capillaires et les artères élargis abondent dans les couches superficielles; les veines au contraire sont rares, parsemées çà et là; elles courent droit à la tunique musculeuse.

Léopold ne se range pas à l'opinion de Kundrat et Engelmann, qui croient que l'hémorrhagie menstruelle est due à la dégénérescence graisseuse des couches superficielles de la muqueuse, et que les capillaires engorgés, n'étant plus soutenus suffisamment par ce tissu dégénéré, se rompent et laissent échapper le sang dans la cavité utérine. Il nie l'existence d'une métamorphose régressive, il explique ainsi l'écoulement menstruel : Pendant plusieurs jours, les capillaires superficiels turgescents laissent échapper des corpuscules sanguins

---

(1) Ce travail a été résumé dans les *Annales* de 1876, t. II, p. 366 (A. C.).

rouges et blancs; la couche interne des cellules est ainsi minée et séparée des couches profondes. Malgré la tortuosité des vaisseaux qui ralentit son cours dans les artères, le sang arrive en abondance dans les capillaires superficiels; gêné, par la rareté des voies de retour, dans les capillaires dilatés, il rompt ces vaisseaux et s'échappe dans la cavité utérine. Peu après la cessation du flux menstruel, probablement dans l'espace d'un jour ou deux, la muqueuse déchirée se régénère.

Cette régénération, très-rapide, puisque la couche superficielle doit se reformer, se produit par l'absorption des corpuscules sanguins extravasés, par la reproduction du tissu interglandulaire et d'une nouvelle couche d'épithélium vibratile qui tapisse les glandes. Le même phénomène se produit dans la dysménorrhée membraneuse, dans laquelle toute la muqueuse est expulsée, sauf les couches profondes; mais, même dans ce cas, la muqueuse entière n'est pas éliminée, comme Aveling croit que cela se produit dans la menstruation normale.

Dès le dix-huitième jour, la muqueuse s'hypertrophie de nouveau, le calibre des vaisseaux diminue, mais les glandes s'allongent et deviennent plus sinueuses, tout le tissu s'amollit et se relâche. La muqueuse subit ainsi des modifications continuelles ; mais il n'est pas prouvé que les ovaires participent à ces changements périodiques et réguliers.

L'auteur n'aborde pas la question des causes de la menstruation, et n'accepte aucune des théories de la conception ; il incline cependant à croire que l'ovule fécondé est, non celui de l'époque passée, mais celui de la première époque qui a manqué. Il est disposé à croire que le follicule se rompt et que l'ovule s'échappe peu avant le début de l'écoulement, tandis qu'Engelmann pense que cette rupture se fait en général pendant les premiers jours de l'écoulement, et que l'ovule fécondé appartient à la dernière époque menstruelle.

. . .

II. — La muqueuse pendant la grossesse.

On peut envier à Léopold le fertile champ d'études dont il a pu disposer : des utérus gravides de tous les mois, et quelquefois plusieurs pièces de la même date.

Il a étudié particulièrement : 1° la caduque vraie et les changements que subissent les glandes dans la grossesse normale et la gestation extra-utérine; 2° la limite entre la muqueuse et la tunique musculaire ; 3° la structure, les modifications de la caduque réfléchie; 4° la structure et les changements de la sérotine; 5° le développement du placenta; 6° la thrombose spontanée des veines de la tunique musculaire et de la sérotine à terme ; 7° le col pendant la grossesse et la position de l'orifice interne.

Après la conception, la muqueuse commence à s'hypertrophier, pour atteindre une épaisseur de 1 centimètre et plus à la fin du cinquième mois, alors que l'œuf est partout en contact avec les parois utérines ; depuis ce moment, à mesure que l'utérus se développe, l'épaisseur de la caduque diminue jusqu'au terme de la grossesse, où elle ne dépasse pas 1 ou 2 centimètres. (Je crois que la muqueuse cesse de s'épaissir bien avant la fin du cinquième mois. (*Rapporteur.*) La caduque réfléchie et la sérotine s'amincissent au lieu de 3 ou 7 et 8 mill. qu'elles avaient dans les premières semaines, elles n'ont plus que 1/2 ou 2 mill. à la fin de la gestation, la caduque réfléchie est amincie, comme si elle était étendue par l'œuf qui se développe ; la sérotine se perd en partie dans le développement du placenta ; le reste est comme écrasé par le poids de la masse qu'il supporte.

L'aspect des glandes est très-variable dans la caduque vraie, dans la sérotine, dans la caduque réfléchie, à cause des profondes modifications que subissent ces membranes, cependant on peut les reconnaître à leur fond, dans l'utérus à terme, et dans l'utérus puerpéral. Dans la caduque vraie, on les voit longues et tortueuses jusqu'au sixième mois, larges dans les couches profondes, où leur épithélium est conservé, tandis qu'il est modifié près de l'orifice des glandes. Après le sixième mois, la cavité utérine est tellement distendue et la caduque a été tellement tiraillée, que ces larges tubes ressemblent à des séries de mèches dans lesquelles les culs-de-sac glandulaires n'ont conservé leur épithélium que près de la tunique musculeuse. Dans la caduque réfléchie et la sérotine, les glandes se sont allongées et élargies dès le début; dans la caduque réfléchie ce sont de simples fissures courtes, qui disparaissent par agglutination dans le cinquième mois ; dans la sérotine elles forment un tissu spongieux disposé en mèches, qui persistent jusqu'au début du travail.

Après le cinquième mois, le placenta se développe rapidement, et

on voit apparaître dans la sérotine les larges cellules géantes avec leurs noyaux nombreux. Elles traversent la sérotine et envahissent le tissu connectif intermusculaire dans les couches internes de la tunique musculeuse, surtout dans le voisinage des gros vaisseaux sanguins. Ce phénomène devient plus apparent dans les mois suivants jusqu'au huitième mois, pendant lequel se passent les modifications les plus importantes et les plus intéressantes dans les vaisseaux profonds des parois musculaires et dans les cellules géantes.

Vers la fin de la grossesse, comme Friedlander l'a indiqué le premier, les cellules géantes émigrent, elles pénètrent dans les vaisseaux sanguins et les oblitèrent; il s'y forme des thrombus et la circulation est arrêtée dans de larges îlots du tissu utérin placé au-dessous du placenta. Il est donc probable que le placenta est normalement dans un état de congestion constante et Léopold croit que cette hyperémie veineuse peut expliquer, au moins pour une grande part, la production des douleurs; Brown-Séquard a, en effet, établi que l'irritabilité utérine augmente à mesure que la gestation avance, de sorte que, vers la fin, la présence de l'acide carbonique dans le sang maternel peut suffire à exciter la contraction utérine.

On aperçoit les premiers indices du développement du placenta dans le second mois ; à ce moment les villosités choriales croissent rapidement au point où cet organe doit exister, partout ailleurs elles disparaissent ; çà et là, les extrémités des villosités ramifiées sont déjà plongées dans la surface de la sérotine, qui envoie des prolongements entre elles. Les capillaires superficiels de la sérotine s'étendent et forment de larges sinus, que Léopold croit destinés à recevoir les villosités. Dans le quatrième mois, on trouve dans la sérotine des dépressions cupuliformes profondes, que vont remplir les cotylédons ; sur leur bord, le tissu sérotinien pénètre entre les extrémités maternelles des cotylédons, mais il reste à quelque distance du chorion.

Les villosités choriales n'entrent nulle part dans les glandes utérines, mais les investigations de Léopold paraissent prouver qu'ils pénètrent dans les vaisseaux sérotiniens agrandis, et perforent leur endothélium. Les artères sérotiniennes se vident dans les sinus placentaires, desquels partent directement les veines, sans l'intermédiaire de vaisseaux capillaires.

Le plan de séparation est le même, que le détachement ait été fait par le travail, ou opéré artificiellement après la mort; il est situé au

niveau des mèches des couches profondes, et pas dans les couches plus compactes de la surface de la sérotine ; il reste donc peu de son tissu sur le point d'insertion placentaire, surtout vers le centre ; on ne trouve qu'une couche mince, composée de culs-de-sac glandulaires, avec quelques cellules épithéliales.

Voici la description que donne Léopold de la circulation placentaire. Le sang s'élance des artères sérotiniennes étroites, dans les larges espaces intervilleux ; il baigne les villosités choriales jusqu'à leur base d'implantation ; quand il a donné son oxygène au fœtus, il s'amasse dans le sinus circulaire et retourne aux larges veines du gîte placentaire (1). Dans ces larges espaces, la circulation ne peut être bien régulière, on y trouve quelquefois des obstructions qui peuvent devenir permanentes et produire des thrombus, qu'on y voit souvent.

III. — La muqueuse utérine pendant les suites de couche, sa régénération dans l'état de santé et de maladie.

Immédiatement après la délivrance, la surface interne de l'utérus est dénudée ; elle a l'aspect d'une large plaie. C'est en effet une plaie, produite par la perte des deux tiers supérieurs de toute la muqueuse, dont il ne reste que les couches profondes ; cette surface cruentée nous présente d'innombrables glandes privées de leur épithélium, des lacs lymphatiques et des vaisseaux sanguins. Les parties les plus profondes des glandes, leurs fonds, conservent seuls leur revêtement épithélial, qui sera le point de départ de la régénération de la glande. Toutes ces glandes et ces vaisseaux s'ouvrent dans la cavité utérine, comme une série de tubes, pouvant aussi bien absorber que rendre, les glandes servant, pour ainsi dire, de réservoirs pour les matières infectieuses.

Sept jours après la délivrance, la surface utérine interne est entièrement couverte d'une couche d'un brun rougeâtre, dont la structure diffère suivant le point où on l'examine ; dans le canal du col, on voit déjà de petits plis, ceux de l'arbre de vie (*plicæ palmatæ*), consti-

(1) Pour éviter cette périphrase : le lieu d'insertion du placenta, je dirai désormais : le gîte placentaire (A. C.).

titués par de courtes cellules fusiformes, avec de nombreux vaisseaux sanguins, sur une couche musculaire riche en vaisseaux et des espaces intermusculaires béants ; çà et là, on trouve une extravasation parenchymateuse.

Dans la cavité utérine, à l'exception du gîte placentaire, la surface est plus lisse, les glandes se reproduisent ; leur épithélium tend vers la surface, mais ne la recouvre pas encore.

Sur le gîte placentaire, nous trouvons des thrombus nombreux, à différentes phases de développement, quelques-uns assez avancés pour prouver qu'ils datent de la fin de la grossesse.

En d'autres termes, la muqueuse cervicale est complètement refaite; le gîte placentaire est plus en retard, le corps encore plus. On voit immédiatement l'importance de ce fait, au point de vue de l'infection et de la résorption.

Neuf jours après l'accouchement, les nervures de l'arbre de vie ont 2 ou 3 millimètres de hauteur; elles sont couvertes partout d'un épithélium cylindrique serré. La muqueuse du corps utérin a 1 ou 2 millimètres d'épaisseur; sa surface est cribriforme, ponctuée, mais lisse.

Au gîte placentaire, on voit des glandes se former entre les thrombus. La régénération de la muqueuse à ce niveau se fait par proliférations de cellules de la sérotine, qui s'étendent dans les projections infundibuliformes, envoyées par la muqueuse dans les couches musculaires superficielles.

Léopold regarde ses projections infundibuliformes comme des tractus lympathiques qui vont de la muqueuse à la séreuse, à travers la couche musculaire; ce sont les *portes* par lesquelles passent les corpuscules du pus et les matières infectieuses pour pénétrer dans tout le corps. « Au bout de quatorze jours, la muqueuse du col forme des plis réguliers, qui cessent brusquement à 4 centimètres au-dessus de l'orifice externe, pour être remplacés par la muqueuse du corps; celle-ci n'est pas encore complètement refaite, elle est encore couverte de cellules dégénérées et de corpuscules purulents. Au gîte placentaire, les thrombus se sont plus ou moins complètement organisés; dans leurs intervalles, la jeune muqueuse se développe rapidement.

Le revêtement de l'utérus, à cette époque, forme une large surface granuleuse, très-délicate et aussi absorbante qu'elle l'était une semaine après l'accouchement.

Au bout de trois semaines, le canal du col est fermé, l'orifice interne est contracté; des coupes verticales, faites au niveau du gite placentaire, laissent voir des thrombus spiraux d'un brun pâle. La muqueuse du corps n'est pas complètement recouverte d'épithélium, il lui manque encore le canevas vasculaire qui a été séparé avec le membranes. L'épithélium n'est complètement séparé que vers la quatrième ou la sixième semaine. Dans la sixième semaine, la muqueuse présente l'aspect décrit par Friedlander, Kundrat, et ngelmann.

Dans les maladies puerpérales, les modifications de la muqueuse sont si variables qu'on peut dire qu'il est impossible de juger, par ses altérations, de l'étendue et de la gravité de l'inflammation ou des troubles généraux.

Le rapporteur (C.-J. E...) renvoie, pour plus de détails, au mémoire de Léopold. Il n'endosse pas la responsabilité des théories de Léopold; il a fait un résumé et non une critique.

IV. — **Érosions du col** (*Section de Gyn. du Congrès allemand* de sept. 1877).

S. Veit (de Berlin) a examiné avec soin des pièces fraîches sur le vivant, et est arrivé à des conclusions un peu différentes de celles de Mayer, Emmet et de l'Ecole française, il a trouvé que *toutes* les érosions sont couvertes d'un épithélium cylindrique délicat, plus ou moins différent de l'épithélium pavimenteux vaginal. La surface même des « érosions simples » de Mayer, est couverte de nombreuses projections *pseudo*-papillaires que Veit déclare formées par des dépressions glandulaires. Dans les couches profondes, et souvent sans rapport avec les conduits glandulaires, il a trouvé des corps sphériques, qui peuvent expliquer les « érosions folliculaires » de Mayer. Là, les dépressions glandulaires sont plus profondes, communiquent entre elles, et sont couvertes d'épithéliums différents. « L'érosion papillaire » n'est qu'une altération dans laquelle le processus morbide est resté limité à la superficie; on ne trouve que peu de dépressions dans les couches profondes. La forme d'ectropion décrite par Emmet dépend des mêmes altérations glandulaires.

Veit rejette donc la théorie de l'ulcération ou de la macération et le rapport de cause à effet avec l'ectropion, puisque celui-ci se rencontre souvent sans érosion, et qu'on voit souvent aussi un ectropion chez les nullipares.

Veit croit qu'il faut, dans ces cas, porter un pronostic réservé; ils sont trop souvent le stade de début d'un cancer; le diagnostic n'est rendu certain que par l'examen microscopique d'un lambeau excisé. Dans neuf cas de carcinome, Veit a pu trois fois prouver que la maladie avait débuté dans les éléments glandulaires.

V. — Traitement mécanique des flexions et des versions utérines.

(*Ibid.*)

Amann (de Munich) commence par poser trois questions :

1° Le traitement mécanique des versions et des flexions est-il nécessaire ?

2° Est-il innocent et utile ?

3° Quel est le meilleur moyen de l'appliquer ?

En réponse à la première question, Amann admet qu'un certain nombre de versions et de flexions n'ont que peu d'importance et ne demandent pas plus un traitement mécanique, que des médicaments. Mais il est de nombreuses malpositions utérines qui ont besoin de soins médicaux. Le traitement mécanique est bon et nécessaire, non-seulement dans les cas non compliqués, mais dans ceux où existent des altérations de tissu dans l'utérus et dans son voisinage. Que la malposition soit primitive ou secondaire, le traitement agit heureusement sur les complications. Il est sans doute plus efficace dans les rétroversions, mais il est fort utile aussi dans les antéversions. Lors même qu'il faut combattre d'abord des symptômes inflammatoires, le traitement mécanique est ordinairement nécessaire pour obtenir un succès complet ; il suffit souvent seul dans les déviations postérieures.

Quant à la seconde question, il faut avouer que le traitement intra-utérin appliqué comme on le faisait autrefois, a souvent fait plus de mal que de bien. Si maintenant la sonde, maladroitement employée, ou des instruments mal choisis, font quelquefois du mal, ce n'est pas un motif pour les rejeter, mais une indication pour nous d'être

soigneux. Dans sa méthode, la sonde joue le rôle principal, et suivant lui, elle est absolument sans danger. L'endomètre est extrêmement tolérant, et je n'ai jamais eu d'accidents, sur plus de mille cas, quoique je laisse mes malades aller à leurs occupations, après l'emploi de l'hystéromètre! » Dans la plupart des cas, c'est à un traitement continu que nous devrons *les meilleurs résultats*. 10 pour 100 environ des femmes sont radicalement guéries. Sur les 90 autres, chez 70 environ, l'utérus est replacé; mais il reprend, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, une position plus ou moins voisine de celle qu'il avait au début du traitement. Sur les 20 qui restent, le traitement, quoique prolongé, a peu ou pas d'effet. Cependant, cette proportion de succès parle en faveur du traitement, Même lorsque la malposition se reproduit, le canal utérin reste élargi, ce qui facilite la menstruation et la conception; et l'organe est rendu plus docile à de nouvelles tentatives de redressement.

Pour la troisième question, Amann affirme que le redressement des malpositions utérines ne peut être obtenu que par un traitement *intra-utérin*. Le pessaire de Hodge, la ceinture hypogastrique ne sont que des palliatifs, et des adjuvants des supports intra-utérins. Voici comment il procède :

S'il existe des complications, il leur applique un traitement médical; puis il passe au traitement mécanique. La patiente étant couchée sur le côté, il introduit la sonde, redresse l'utérus, et mesure sa cavité.

Guidé par l'hystéromètre, il introduit son pessaire intra-utérin, qui est composé d'une tige et d'une large plaque de gutta-percha; quand l'extrémité de la tige a franchi l'orifice interne, il retire la sonde. Cette tige doit avoir de 5 à 10 millimètres de moins en longueur que l'utérus. Il est quelquefois nécessaire de faire la dilatation du col avec la laminaire ou le dilatateur d'Ellinger. Quand le pessaire est en place, la flexion est devenue une version. Pour rectifier celle-ci, A... se sert de tampons de coton, trempés dans une solution au centième d'acide phénique et placés entre la plaque du pessaire et la paroi vaginale.

On triomphe des adhérences en augmentant graduellement le volume des tampons. Les flexions latérales peuvent être traitées de cette façon, ainsi que les cas si fréquemment causes de stérilité, où le col seul est fléchi, tandis que le corps est normal.

Les tampons sont changés de trois en trois jours; le pessaire n'est

enlevé que pendant les règles, sauf dans les cas où quelque douleur en exige l'extraction. Cette interruption ne retarde que peu le succès. A moins que les malades ne soient très-délicates, elles peuvent continuer à vaquer à leurs occupations pendant tout le traitement.

Voici les conclusions d'Amann : « 1° Mon instrument peut être employé pour toutes les malpositions, même compliquées d'adhérences. 2° Il reste dans la position dans laquelle on l'a placé. 3° Sa simplicité rend son introduction aisée ; il est bien supporté. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 juillet 1878.

Isolement des femmes en couche. — A l'occasion du procès-verbal, M. Devergie rappelle que dans la dernière séance, M. Depaul a déclaré qu'il avait eu le premier l'idée de faire placer les femmes en couche chez des sages-femmes, idée qu'il a émise en 1858 durant une discussion à l'Académie.

M. Devergie ne met pas en doute les assertions émises par M. Depaul ; mais il fait remarquer que le placement des femmes en couches chez les sages-femmes, par M. Husson, n'a eu lieu qu'en 1867 ou 1868.

Il existait alors et il a existé pendant sept ans un comité consultatif d'hygiène des hôpitaux au ministère de l'intérieur. Ce comité était présidé par MM. Dumas et Rayer. Il était composé de membres de l'Institut, de professeurs de la Faculté, de médecins des hôpitaux ; MM. Tardieu et Devergie en étaient les secrétaires.

De nombreux rapports ont été faits au ministre sur l'hygiène des hôpitaux, et c'est à ces études générales que l'on doit les grandes améliorations qui ont été établies depuis dans nos hôpitaux.

Or, parmi ces rapports, il en est un qui a été fait par M. Malgaigne, rapport dans lequel il a largement étudié, en 1866, toutes les

dispositions à prendre et tous les avantages que l'on pouvait tirer du placement des femmes en couche chez les sages-femmes.

C'est à la suite de ce rapport et d'un autre que M. Devergie a fait sur la construction des maternités, que cette mesure a été régulièrement étudiée.

Séance du 30 juillet.

Présentation d'un instrument. — M. Tarnier présente, de la part du Dr Vibert (du Puy), un spéculum qui facilite les opérations pratiquées sur le vagin et, en particulier, les opérations de fistules vésico-vaginales.

Ce spéculum a la forme d'un spéculum plein, mais, au lieu d'être en étain, il est en plomb et fendu longitudinalement. On peut donc lui donner la forme que l'on veut. M. Vibert a opéré, avec ce spéculum, six femmes atteintes de fistule vésico-vaginale et toutes ces femmes ont guéri. Dans la dernière de ces opérations, M. Vibert n'avait aucun aide, et en cinquante minutes il a pu placer six points de suture.

M. Tarnier pense que ce spéculum, qui est très-simple, est appelé à rendre de réels services dans certains cas particuliers, et il attire l'attention sur l'innovation proposée par M. Vibert.

Présentation d'ouvrages. — M. Tarnier présente, au nom de M. le Dr Leblond, un *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique.*

« Cet ouvrage n'est pas un livre de pathologie, dit M. Tarnier, c'est un traité dans lequel sont décrits les instruments et les opérations applicables aux maladies des femmes.

« Il est divisé en trois parties : la première est relative à l'exploration des organes génitaux ; la deuxième est consacrée à la petite chirurgie ; la troisième contient la description des opérations qui se pratiquent sur le périnée, la vulve, le vagin, l'utérus et les ovaires.

« Cet ouvrage est consciencieusement fait ; il renferme, en outre, un excellent exposé des travaux étrangers. Il me paraît remplir une véritable lacune, et je puis assurer qu'il sera bien accueilli des praticiens et des élèves. »

Élections. — MM. Marc Sée et Parrot ont été élus membres de l'Académie de médecine.

Nécrologie. — L'académie a perdu, pendant le mois de juillet :

M. Gaultier de Claubry, membre titulaire ;

M. Rokitansky, membre associé étranger ;

M. Laussedat, membre correspondant national.

Dr A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Houel lit le rapport suivant sur un cas de monstruosité recueilli à la ville de Lantos (*Brésil*), par M. le Dr José Ribeiro de Sousa Fontes, médecin et membre du conseil de S. M. l'empereur du Brésil.

Vous avez chargé une commission, composée de MM. Nicaise, Marc Sée et moi, de vous rendre compte d'une observation qui vous a été adressée par M. le Dr José Ribeiro de Sousa Fontes, qui est membre du conseil de S. M. l'empereur du Brésil, ancien professeur d'anatomie descriptive de la faculté de Rio de Janeiro, inspecteur général du corps de santé et membre honoraire de l'académie de Rio de Janeiro. M. José Ribeiro vous a fait adresser cette observation par l'intermédiaire de M. Larrey, avec le désir qu'elle devienne pour lui un titre à l'appui de sa demande de membre correspondant étranger de notre Société.

L'observation de M. José Ribeiro est des plus intéressantes au point de vue tératologique, elle est relative à un enfant qui appartient à la famille des ectroméliens de I.-G. Saint-Hilaire. Cette famille, très-digne d'intérêt scientifique, a été au sein même de cette Société l'occasion d'un travail très-savant et très-complet de notre regretté collègue Debout. Notre collègue en vous faisant connaître tous les faits existants à cette époque, relatifs à l'ectromélie, avait surtout en vue l'étude des ressources mécaniques que la prothèse pouvait apporter pour rétablir les fonctions des membres frappés d'arrêt de développement. C'est par cette étude que le travail de notre collègue pouvait spécialement vous intéresser, et qu'il se rattachait aux travaux de la Société de chirurgie.

Dans le fait qui vous a été adressé par M. José Ribeiro, la prothèse ne me paraît pouvoir apporter que peu de ressources, et par conséquent peu d'amélioration dans l'avenir de cet enfant. Il s'agit donc

d'un fait à peu près purement d'intérêt tératologique, mais qu'à cause de sa rareté j'ai cru devoir vous faire connaître en détail. Ces petits êtres, quoique profondément frappés dans leur développement, puisqu'ils peuvent être à peu près réduits exclusivement au tronc, vivent néanmoins, quelquefois longtemps, ils acquièrent même une vieillesse relative, et par conséquent méritent au double point de vue scientifique et professionnel de fixer votre attention. M. Ribeiro a accompagné son observation de trois photographies représentant cet enfant à l'âge de 3 ans, il en avait 5 quand l'observation vous a été communiquée, et s'il a continué à vivre, comme cela est probable, cet enfant doit avoir aujourd'hui au moins 6 ans.

Cet enfant, dont je vous fais passer les photographies, est né à Saint-Sébastien, province de Saint-Paul (empire du Brésil). Il est né le 17 juin 1872, de parents sains qui n'avaient entre eux aucun lien de parenté; ses aïeux n'étaient également atteints d'aucune infirmité physique, ils étaient bien portants.

M. José Ribeiro vit cet enfant dans les bras de sa mère, qui le montrait pour implorer la munificence impériale, et il put se convaincre que la mère était robuste, son apparence extérieure dénotait la meilleure santé, le mari était également bien portant. Pendant sa grossesse, cette femme n'avait présenté rien de particulier.

L'enfant, qui depuis sa naissance s'est toujours bien porté, présente une tête et un tronc bien conformés, mais il est à peu près privé de membres supérieurs et inférieurs; la disposition présente, cependant, de notables différences à droite et à gauche.

Au côté droit et supérieur du thorax on distingue, dit M. Ribeiro, l'omoplate et la clavicule qui ont leur disposition normale. Le membre supérieur y manque complètement, les tissus qui couvrent l'épaule ont la forme d'un moignon très-régulier, semblable à celui qui résulterait de la désarticulation scapulo-humérale : l'on ne voit aucune trace de cicatrice.

Au côté droit, le membre abdominal manque absolument comme le membre thoracique, il n'existe à ce niveau aucune élévation, ni aucune dépression. Dans les masses musculaires qui forment la fesse, il n'existe rien qui puisse faire croire à l'existence d'une portion de fémur. Les tissus étaient entièrement flasques sur tous les points et couvraient l'os iliaque, que l'on sentait très-bien à travers leur épaisseur. Cette portion du tronc a la forme d'un moignon qui résulterait de la désarticulation coxo-fémorale, mais sans la moindre

cicatrice; seulement, au sommet du moignon il existe une dépression arrondie de la peau semblable à la cicatrice ombilicale.

Le côté latéral gauche du thorax, bien différent du droit, présente un rudiment de bras que l'on retrouve très-distinctement sur la photographie et qui est constitué par la partie supérieure de l'humérus. Ce moignon ressemble tout à fait à celui qui résulterait d'une amputation du bras dans la partie moyenne, et sur ce rudiment de bras existent 4 cicatrices de bouton de vaccin.

Sur ce même côté gauche, la hanche présente une disposition bien différente de ce que l'on observe à droite et même au bras gauche. Il existe un petit appendice dont la forme assez irrégulière simule une petite jambe suivie d'un très-petit pied terminé par le gros orteil. A l'intérieur des tissus mous, M. Ribeiro a pu reconnaître qu'il existait deux colonnes osseuses principales. La première de ces deux colonnes s'articule par son extrémité supérieure avec l'os iliaque et représente le fémur rudimentaire, elle en a tous les mouvements physiologiques. L'extrémité supérieure de la seconde colonne s'articule avec l'extrémité inférieure de la première et ne présente que de légers mouvements de latéralité. L'extrémité inférieure de cette seconde colonne se continue avec la partie supérieure de la première phalange du gros orteil, puis cette dernière avec la seconde ; le gros orteil, assez bien conformé, présente à son extrémité un ongle.

L'intelligence de cet enfant était assez développée, tous les sens étaient parfaits, la sensibilité seule de la peau était plus développée dans l'extrémité du moignon brachial que sur le reste du corps.

Le tronc ne présente aucune lésion, les organes de la génération sont bien développés. J'ai déjà dit que l'enfant avait 3 ans quand M. José Ribeiro l'a examiné, et le tronc qui compose presque exclusivement ce petit être présentait les mesures suivantes :

De la tête aux fesses 57 centimètres, la circonférence du thorax au niveau des épaules 51 centimètres, la circonférence de l'extrémité pelvienne du tronc au niveau de la circonférence supérieure du bassin était de 53 centimètres. La portion du membre thoracique rudimentaire était de 7 centimètres. L'appendice pelvien avec le gros orteil mesurait 11 centimètres, dont 6 centimètres pour la cuisse.

Maintenant que je vous ai fait connaître en détail les anomalies que présente cet enfant, il me reste pour terminer ce rapport à en

déterminer le classement et à voir si la prothèse pourra lui être de quelque utilité dans l'avenir.

C'est la classification de I.-G. Saint-Hilaire qui me servira de guide, et il n'est point douteux que ce fœtus appartient à la famille des ectroméliens, qui comprend trois genres principaux. Les anomalies de cet enfant étant multiples et différentes pour chaque côté et pour chaque membre, il me semble appartenir à la fois à plusieurs genres de cette famille, M. José Ribeiro, considérant cet enfant comme digne d'un grand intérêt, se demande si cet exemple n'est point un fait unique dans la science; si l'on veut s'en rapporter aux détails précis de chacun des membres, cela est possible, mais la science enferme un certain nombre de faits qui, pour chaque membre examiné isolément, reproduisent exactement l'arrêt de développement qui existe ici, quelques-uns de ces faits sont rapportés dans le travail de notre collègue Debout, et ils ont une grande analogie avec celui-ci. Du reste une chose qui m'a toujours vivement impressionné depuis que je m'occupe de tératologie, c'est que ces faits de monstruosité ne se produisent point au hasard, il existe des types principaux qui ont permis à I.-G. Saint-Hilaire de créer des familles naturelles qui comprennent un certain nombre de genres, et chacun des faits observés rentre dans ce cadre. Le célèbre tératologiste a pu même prévoir que certains types qu'il n'avait point sous les yeux, dont il ne connaissait point d'exemples, devraient se rencontrer un jour; c'est ce qui est arrivé, et j'ai eu le bonheur déjà d'en décrire quelques-uns.

L'enfant dont l'observation vous a été présentée appartient incontestablement par la nature des mutilations qu'il présente à la famille des ectroméliens; si l'on examine seulement le côté droit, il appartient au troisième genre, au genre ectromèle; par son côté gauche, il appartient pour le membre supérieur et inférieur aux hémimiles, puisqu'il possède la moitié supérieure du bras, et par son membre abdominal il présente un rudiment de membre inférieur terminé par un doigt.

M. José Ribeiro soulève à cette occasion pour ce fœtus la question des amputations spontanées, et avec juste raison il conclut à l'arrêt de développement. Les amputations spontanées ne pourraient point être invoquées pour le côté droit du tronc, à gauche la théorie des amputations spontanées pourrait être discutée pour le bras, mais l'arrêt de développement peut seul expliquer l'anomalie du membre

inférieur. Il s'agit donc ici d'un enfant appartenant à la famille des ectroméliens, au genre hémimèle pour le côté gauche et ectromèle pour les membres du côté droit. C'est à cette différence surtout pour les deux moitiés du côté du corps que cet enfant emprunte son intérêt tératologique et qu'il devient un fait rare dans la science.

Quant à la prothèse, elle ne pourra offrir dans ce cas particulier aucune ressource par le côté droit. Pour le côté gauche, elle sera également nulle avec ce rudiment de membre inférieur. Pour la prothèse du membre thoracique, comme il existe un moignon assez long pourvu de muscles, il serait peut-être possible de lui appliquer le bras artificiel de M. Van Peetersen ou de M. de Beaufort. Le but de cet appareil ne serait point ici de cacher la difformité, mais d'être un appareil de préhension qui pourrait être très-utile pour ce petit être quand il sera arrivé à l'âge adulte. J'ai l'honneur de vous proposer de déposer aux archives l'observation et d'inscrire M. José Ribeiro sur la liste des candidats au titre de membres correspondants étrangers.

Discussion.

M. Trélat. Je voudrais faire remarquer que la lecture des faits antérieurement connus d'ectromélie peut me permettre d'énoncer la proposition suivante :

Il n'y a pas incompatibilité entre les amputations spontanées et les ectromélies par arrêt de développement.

On trouve souvent, sur le même sujet, des déformations qui ne peuvent s'expliquer que par des amputations spontanées, et des déformations qui tiennent à des arrêts de développement ; on trouve ainsi des moitiés d'os complets qui sont la suite d'amputation spontanée et, sur une autre région, des membres tout à fait incomplets qui ne peuvent s'expliquer que par un arrêt de développement.

Toutes les déformations congénitales ne tiennent pas à des arrêts de développement de la période embryonnaire, il y en a qui se produisent à une époque plus avancée ; ainsi on comprend facilement qu'une bride amniotique amène d'un côté un arrêt de développement et de l'autre soit la cause d'une amputation spontanée. On rencontre souvent des enfants qui viennent au monde avec la

marque d'une violente constriction, qui persiste toute la vie et qui se trouve être le point de départ d'accidents variés, tels que varices ou éléphantiasis.

Je crois pouvoir soutenir que ces deux lésions ont souvent une même cause.

M. Houel. Je n'ai pas voulu examiner la question des amputations spontanées, car je crois qu'il est impossible de les admettre dans le fait dont je viens de vous entretenir.

Ainsi, chez cet enfant on constate un fémur tout à fait rudimentaire terminé par un gros orteil avec un ongle, je ne crois pas que l'on puisse admettre d'autre explication que celle d'un arrêt de développement, c'est un vrai cas d'ectromélie.

M. Trélat. Chez les enfants dont les premiers phénomènes de la vie embryonnaire ont été complets et qui viennent au monde avec des déformations des membres, je crois qu'il est rationnel de rapporter ces vices de conformation à des causes mécaniques extérieures, et je suis disposé à admettre que le même mécanisme peut expliquer un arrêt de développement et une amputation spontanée.

Ainsi chez les phocomèles, il n'y a aucun organe de retranché, mais, vu l'époque de la formation du membre, on ne peut pas expliquer ce vice de conformation par un trouble de l'axe cérébro-spinal et je me crois en droit de soupçonner un traumatisme extérieur.

M. Blot. Je crois que M. Trélat est trop exclusif, on rencontre des cas d'ectromélie dans lesquels les quatre membres sont atteints. J'ai recueilli un fait de ce genre, et si l'enfant n'avait pas présenté un vice de conformation de la paroi abdominale, il aurait pu être considéré comme complet. Dans ce cas il est impossible de songer à des brides extérieures, mais, comme il y avait hydroamnios, on peut admettre que la compression a pu s'effectuer sur les centres nerveux et produire la déformation des membres. Je crois que les causes sont multiples,

M. Trélat. Le cas dont vient de nous parler M. Blot est un arrêt de développement ayant pour point de départ la première époque de la vie fœtale, je ne puis m'en occuper, ce ne sont pas ces faits que j'ai en vue.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

(*Séance du 12 juin 1878, Bull. de la Soc. de chir.*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Zur Naturgeschichte der Corpus Luteum (*Sur l'histoire naturelle du corps jaune*), par BEIGEL, avec dix dessins. (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 109).

Anatomischer Beihag zur Frage vom Verhatten der Cervix während der Schwanguschafs (*De la manière d'être du cervix pendant la grossesse*), par MULLER, avec une planche (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 150).

Zur Lehre vom Stoffaustausch zwischen Mutter und Frucht (*Pour servir à la théorie des échanges entre la mère et le fœtus*), par GUSSEROW (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 56).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse, par le Dr N. CHARLES (de Liége). (Mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris; prix Capuron, 1874.)

Opération césarienne, par WASSEIGE, professeur à l'Université de Liége.

Ein Kaiserschnitt mit exstirpation der uterus mit Bemerkungen über das einschlägige Verfahren, par le professeur MULLER (de Berne).

Guérison de six aveugles-nés, par le Dr Louis FIALLA, chirurgien de l'hôpital Philantropie, à Bucharest.

Des différentes espèces d'œdème des membres inférieurs chez les phthisiques et en particulier de l'œdème consécutif à la pneumonie chronique périturberculeuse, par le Dr Lucien-Charles PACHOT.

Clinique climatologique des maladies chroniques, par le Dr THAON (de Nice). 1er fascicule : *Phthisie pulmonaire*. — Publié aux bureaux du *Progrès médical*, 6, rue des Écoles, Paris, 1877.

Sterility and its treatment, par le Dr Villiam H. WATHER. Louisville, 1877.

A case of complicated labour in which collapse from post posture hæmorrhagie was treated successfully by the subcutaneous injection of ether, par le Dr MACAN. Dublin, 1876.

Milk fever, par le Dr MACAN. Dublin, 1878.

On the structure of three cervical polype, par UNDERHILL.

Note of a case of hæmatocèle simulating a retroverted gravid uterus, par UNDERHILL.

On the structure of a channelled polypos of the cervix, par UNDERHILL.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

INFLAMMATIONS DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE ET DE SON CONDUIT (1).

Par T. Gallard.

Médecin de l'hôpital de la Pitié, etc.

Messieurs,

La glande vulvo-vaginale peut être le siége d'altérations diverses qui ont été décrites avec le plus grand soin par Huguier. Il ne lui a pas trouvé moins de douze maladies différentes,

(1) Extrait de la seconde édition des *Leçons de clinique médicale sur les maladies des femmes*, par le Dr T. Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, publiées à la librairie de MM. J.-B. Baillière et fils.

divisées par lui en deux classes principales. A la première classe il rattache toutes celles qui dépendent d'une stimulation ou d'une irritation plus ou moins grande et qui sont :

1° L'hypersécrétion simple ;

2° L'hypersécrétion muco-purulente ;

3° L'engorgement ou inflammation chronique ;

4° L'induration et la dégénérescence fibreuse de la glande ;

5° L'inflammation aiguë du corps folliculaire ;

6° Les abcès de son parenchyme ;

7° Les abcès de la cavité excrétoire ;

8° Les altérations de l'orifice du conduit excréteur et les kystes de l'appareil glanduleux, qu'il rattache aux abcès de la cavité excrétoire, afin, dit-il, de ne pas multiplier les divisions.

Dans la deuxième classe il range les affections syphilitiques ou vénériennes, telles que :

1° Les blennorhagies vénériennes ;

2° Les chancres ;

3° Les abcès vénériens ;

4° Les végétations.

Je ne le suivrai pas dans la description de chacune de ces espèces morbides qui, si nombreuses soient-elles, ne comprennent même pas toutes les affections dont la glande vulvo-vaginale est le siége. Ainsi je n'y vois pas figurer le cancer, et cette lacune ne peut pas être considérée comme involontaire, car je sais pertinemment que Huguier en avait observé au moins un cas qui lui avait été communiqué par Demarquay.

Quant à la deuxième classe, comme elle ne comprend que des espèces se rapportant à une maladie générale, l'affection syphilitique ou même vénérienne, les altérations de la glande vulvo-vaginale ou de son conduit n'ont plus alors qu'un intérêt tout à fait secondaire et doivent être forcément rattachées à la description de la maladie de laquelle elles dépendent. Il ne nous reste donc plus que la première classe, mais il nous suffit d'y regarder de près pour voir que les sept ou huit états morbides qui la composent ne sont pas autant d'états morbides différents et qu'à des degrés divers ils procèdent tous du mode inflamma-

toire auquel il convient de les rattacher en les considérant comme autant de manifestations de l'état phlegmasique aux diverses phases de son évolution.

Deux exemples sont passés tout dernièrement sous vos yeux de ces inflammations de la glande vulvo-vaginale ; l'un vous a été offert par cette malade qui est encore couchée au n° 33 de la salle du Rosaire et dont je vous rapporterai l'histoire dans un

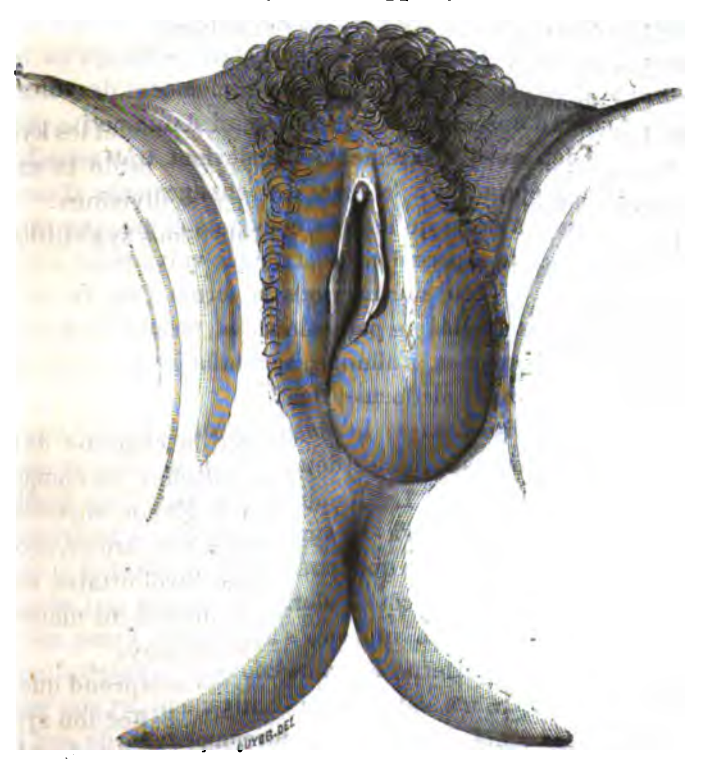


Fig. 1. — Abcès de la glande vulvo-vaginale du côté gauche (d'après Huguier) (1).

---

(1) Nous devons communication de cette figure et de la suivante à l'obligeance de MM. J.-B. Baillière, éditeurs des *Leçons de clinique médicale sur les maladies des femmes*, de M. Gallard.

instant; l'autre par une femme qui est venue à la consultation et que j'ai moi-même sollicitée d'entrer à l'hôpital.

Elle présentait un de ces abcès tout à fait typiques de la glande vulvo-vaginale du côté gauche, dont la description a été si minutieusement faite, avec une si grande vérité de détails par Huguier, que je ne puis m'empêcher de la mettre textuellement sous vos yeux (1):

« La tumeur qui d'abord était, dit-il, pour ainsi dire cachée dans l'épaisseur de la grande lèvre et n'était visible qu'en renversant ce repli au dehors, augmente rapidement de volume, acquiert celui d'une noix, quelquefois celui d'une petite poire, mais ne le dépasse que rarement; elle devient très-sensible à la vue, et fait éprouver à la lèvre des changements d'autant plus importants à noter qu'ils sont constants et presque caractéristiques de cette espèce d'abcès. Le repli vulvaire au lieu de s'offrir comme à l'état normal sous la forme d'un bourrelet terminé à ses extrémités en pente douce et presque insensible sur les parties voisines, s'allonge, se renfle à son extrémité postérieure et devient piriforme (fig. 1).

« Cette extrémité dépasse le niveau et descend au-dessous de celle du côté opposé; elle se détache franchement et nettement de la région anale. La tumeur est toujours plus bombée vers sa surface interne qu'à sa surface externe, à moins qu'il n'y ait en même temps, ce que nous n'avons observé qu'une seule fois, abcès des deux côtés; alors les tumeurs qui se correspondent par leur face interne, s'aplatissent l'une contre l'autre et la surface externe est plus convexe. L'extrémité supérieure de la lèvre n'a subi aucun changement, et son corps est simplement renflé en raison du développement de son extrémité anale.

« Par suite de la dilatation de cette dernière et de la saillie qu'elle forme surtout en dedans, l'extrémité inférieure de la

(1) Huguier, *Mémoire sur les maladies des appareils secréteurs des organes génitaux externes*, p. 152.

nymphe correspondante est elle-même déplissée, effacée, et ce repli muqueux de la vulve est devenu plus court que celui du côté opposé ; les caroncules elles-mêmes peuvent être effacées : l'entrée du vagin est plus ou moins hermétiquement fermée ; dans quelques cas, cette occlusion est telle qu'elle retient dans ce conduit les liquides utéro-vaginaux.

« Lorsque l'on touche et palpe la lèvre, on reconnait tout de suite que ses deux tiers supérieurs ont conservé leur souplesse, leur consistance, leur sensibilité naturelles, et qu'ils sont tout à fait étrangers aux phénomènes morbides dont se plaint la malade. Il n'en est pas de même du tiers inférieur, au milieu duquel on sent une tumeur arrondie, bien limitée, et plus ou moins résistante suivant son degré d'inflammation et la quantité de pus qu'elle renferme ; tumeur qui devient surtout sensible et même douloureuse lorsqu'on la presse entre deux doigts. Comme le pus qu'elle contient s'est développé dans l'épaisseur de la glande, assez loin des surfaces cutanée et muqueuse, elle reste ferme et dure pendant les deux ou trois premiers jours, puis peu à peu elle se ramollit et devient fluctuante du centre à la circonférence ; mais comme le corps glanduleux est beaucoup plus rapproché de la muqueuse de la lèvre ou de sa surface interne que de la surface cutanée et de son bord libre, la fluctuation se manifeste d'abord en dedans et est toujours plus prononcée, plus facile à percevoir dans ce point que sur toute autre partie de la tumeur, qui reste constamment rénitente et élastique surtout là où elle correspond à la branche ascendante de l'ischion.

« Lorsqu'il en est autrement, on peut assurer qu'on a affaire à un abcès d'une autre espèce quo celui qui nous occupe.

« Tous ces changements survenus dans la disposition et la sensibilité de l'extrémité anale de la lèvre sont purement mécaniques, lui sont en quelque sorte étrangers ; ils n'arrivent que consécutivement à ceux développés dans la glande vulvo-vaginale ; aussi, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de toute la lèvre ont-ils conservé leur sensibilité, leur couleur, leur chaleur et leur souplesse normales ; on peut parfaitement

pincer, soulever la peau et la faire glisser sur l'abcès avec lequel elle n'a contracté aucune adhérence.

« Au contraire, la membrane muqueuse de la lèvre et de l'entrée de la vulve qui tapisse la surface interne de la tumeur est rouge, tendue, luisante, douloureuse, et y adhère. L'inflammation s'y est propagée avec facilité et promptitude ; ce qui s'explique, du reste, par la plus grande proximité de l'abcès, par la continuité de cette muqueuse avec celle du conduit excréteur de la glande, et par la distension que le pus qui se porte de ce côté lui fait éprouver. »

Avec une telle description, nous n'avons pas besoin d'insister sur le diagnostic différentiel. Cette tumeur arrondie inférieurement, qui se détache nettement et de l'anus et de l'ischion, empêche de songer soit aux abcès stercoraux, soit aux abcès ossifluents dépendant d'une maladie de l'ischion, avec lesquels il pourrait être possible de confondre les abcès de la glande vulvo-vaginale si on n'était pas suffisamment prévenu.

D'un autre côté, son effilement vers la partie supérieure de la vulve qui demeure libre, l'absence de rougeur et surtout d'éruption à la peau, différencient suffisamment ces abcès des inflammations dues à la folliculite vulvaire, même lorsque ces dernières sont comme chez la malade qui nous a occupé précédemment, limitées à un seul côté de la vulve.

L'inflammation phlegmoneuse de la vulve est chose rare ; elle peut cependant se terminer par suppuration et donner lieu à des abcès qui siégent aussi dans l'épaisseur de la grande lèvre. Mais alors, contrairement à ce qui a lieu dans les abcès de la glande, c'est la partie externe de la grande lèvre qui est principalement affectée ; c'est en dehors et non en dedans que l'on constate la tuméfaction ou la rougeur et plus tard la fluctuation, et tous ces phénomènes s'observent plutôt vers la partie moyenne que vers la partie inférieure de la grande lèvre. Enfin, au contraire de l'inflammation de la glande vaginale qui affecte presque toujours un seul côté, à ce point que Huguier n'a vu qu'une seule fois les deux côtés être pris en même temps, et a une prédilection marquée pour le côté

gauche, l'inflammation phlegmoneuse se généralise le plus habituellement et envahit la totalité de la vulve; les nymphes

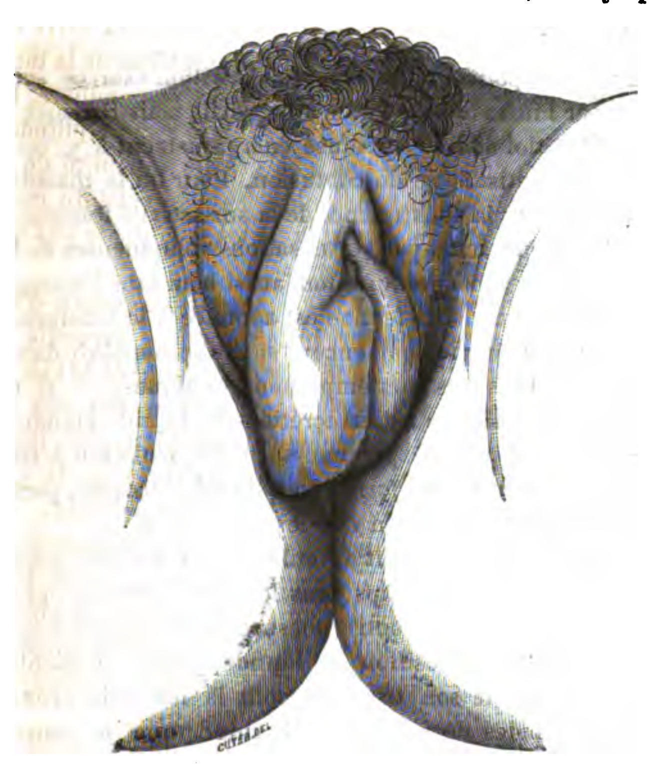


Fig. 2. — Inflammation phlegmoneuse de la vulve affectant les petites lèvres. (Cette figure est tirée de l'atlas inédit de M. Huguier.)

et le clitoris ne tardent pas à participer à la tuméfaction (fig. 2) et à la rougeur qui peuvent se prolonger jusqu'au mont de Vénus.

L'inflammation de la glande vulvo-vaginale est une maladie de la jeunesse plutôt encore que de l'âge adulte. — C'est entre 18 et 27 ans qu'on l'observe le plus fréquemment. Elle se voit rarement avant 17 ans et presque jamais après 45.

Son développement est donc immédiatement lié au fonctionnement des organes génitaux.

La vérité est qu'elle se montre surtout à l'époque des premiers rapprochements sexuels, et plus particulièrement quand ils ont lieu sans réserve ni mesure et pendant le cours de l'éruption menstruelle.

On a pensé pouvoir l'attribuer à l'attrition exercée sur ces parties par l'introduction du membre viril; mais Huguier conteste cette étiologie et se refuse énergiquement à y voir un effet de traumatisme ou de contusion. Pour lui la maladie est tout simplement la conséquence de la sur-activité fonctionnelle de la glande surexcitée par les sensations voluptueuses de l'acte sexuel et elle peut se produire tout aussi bien sans l'accomplissement de cet acte si la femme est adonnée à la masturbation ou même plus simplement encore si elle se complaît dans des lectures ou dans des contemplations érotiques. — Il n'y a d'abord qu'une simple hypersecrétion du liquide glanduleux, qui est souvent projeté par une sorte d'éjaculation à travers l'orifice du conduit sous forme d'un liquide incolore, parfaitement transparent et un peu visqueux.

Plus tard, ce liquide peut devenir un peu louche, purulent, s'il séjourne trop longtemps dans le canal excréteur; enfin la glande qui fonctionne outre mesure peut s'hypertrophier, s'indurer, et la composition du liquide peut se ressentir de cette altération de son tissu; ce sont là les trois premières espèces morbides décrites par Huguier, que je considère comme les préludes de l'inflammation aiguë qui survient plus tard et qui peut se fixer soit dans la glande elle-même soit dans son conduit.

Les récidives, qui sont toujours à redouter, sont bien plus fréquentes encore lorsque l'abcès s'est formé dans le conduit plutôt que dans l'épaisseur de la glande; c'est alors que l'on voit se reproduire ces abcès à répétition qui surviennent presque périodiquement chaque mois, au moment de l'époque menstruelle, et qui causent le désespoir de bien des femmes, jusqu'au jour où l'on se décide enfin à les débarrasser par une intervention plus hardie et plus complète.

C'est ainsi que les choses paraissent s'être passées chez notre

malade du n° 33. C'est une demoiselle de magasin, aujourd'hui âgée de 20 ans, et sur les habitudes galantes de laquelle je n'ai pas besoin d'insister. Presqu'aussitôt après ses premiers rapports sexuels qui ont été continués pendant la durée des règles, elle a eu un abcès de la grande lèvre gauche qui s'est terminé par suppuration et a été ouvert. Après quelques mois de repos passés à la campagne, elle a recommencé ses ébats, et l'abcès s'est reproduit à diverses reprises toujours un peu après les règles, s'ouvrant de lui-même au bout de trois ou quatre jours; mais la malade n'était jamais débarrassée et sentait toujours à la base de la grande lèvre gauche une petite tuméfaction qui devenait douloureuse pendant le coït.

Il y a trois mois, l'abcès s'étant reproduit, on en fit l'excision après l'avoir ouvert, et depuis lors elle est parfaitement guérie, si bien qu'à sa dernière époque, se croyant reprise de son affection ancienne, elle est entrée dans mon service, et je n'ai pu trouver ni tuméfaction, ni abcès de la glande vulvo-vaginale. Je vous ai montré, à la face interne de la grande lèvre, au niveau du point où se termine la nymphe, une petite cicatrice linéaire verticale de 1 centimètre environ, qui est la seule trace de sa maladie ancienne et de l'opération qui me paraît l'en avoir définitivement délivrée.

C'est, en effet, par une opération chirurgicale, non autrement, que l'on peut guérir les abcès de la glande vulvo-vaginale aussi bien que ceux de son conduit et les kystes qui peuvent leur succéder.

L'incision simple est toujours préférable, et il est rare qu'elle ne réussisse pas quand elle est faite hardiment. Elle doit être pratiquée sur la face interne de la grande lèvre, dans le pli qui la sépare de la petite lèvre, là, du reste, où la fluctuation est le plus manifeste, et prolongée jusqu'au niveau de la fourchette, au-dessous du point où débouche le conduit de la glande vulvo-vaginale. Ce long débridement est indispensable pour éviter la formation des clapiers. On panse avec de la charpie pour éviter une réunion trop rapide, et si l'on est en présence d'une cavité paraissant revêtue d'une membrane or-

ganisée, de façon à ce que l'on puisse avoir affaire au canal dilaté et suppuré, il faut en favoriser l'exfoliation en pratiquant des cautérisations avec l'azotate d'argent.

Cette manière de procéder m'a toujours réussi et je n'ai eu, jusqu'à présent, jamais besoin de recourir à l'excision qui peut cependant être utile dans certains cas, et que je n'hésiterais pas à pratiquer soit avec des ciseaux, soit avec le bistouri, si je me trouvais en présence d'un fait assez rebelle pour qu'il devint indispensable d'y avoir recours.

Il arrive souvent que l'ouverture reste fistuleuse, surtout lorsqu'il s'est agi d'un abcès ou d'un kyste du conduit excréteur de la glande; mais cela n'a aucune importance lorsque l'orifice anormal reste caché dans le fond du repli nympho-labial et que les secrétions qu'il déverse se mêlent aux autres secrétions de la vulve et du vagin.

Cependant il peut y avoir parfois, autour de ce petit orifice, un travail d'irritation qui devienne le point de départ de symptômes douloureux ou même de phénomènes réflexes dont j'aurai plus tard à vous entretenir. Il peut arriver aussi qu'il soit la porte ouverte à une infection syphilitique, en facilitant l'inoculation du pus chancreux ; à tous ces titres, il doit être surveillé avec la plus grande attention, et il peut y avoir intérêt à hâter sa cicatrisation en le cautérisant légèrement avec le nitrate d'argent.

Si l'inoculation syphilitique est plus spécialement favorisée par l'ulcération de cet orifice, celle du pus blennorrhagique peut se faire même si la muqueuse du conduit est demeurée parfaitement intacte, et il n'est pas rare de voir la blennorrhagie virulente s'y localiser, même alors qu'il n'en reste plus trace dans le vagin. C'est le point de départ de ces explosions soudaines et en apparence inexplicables, de nouveaux retours d'une vaginite considérée comme guérie.

Ai-je besoin d'ajouter, à propos du traitement, qu'avant d'ouvrir l'abcès il faut employer les émollients (cataplasmes, lotions et bains) et que souvent il faut donner de légers narcotiques (opium ou chloral) pour calmer la douleur et procurer

un peu de sommeil, surtout pendant les premiers jours où l'inflammation n'est pas sans déterminer un peu de réaction fébrile? Il survient parfois aussi un peu d'état saburral qui commande l'emploi d'une purgation saline, laquelle sera souvent d'autant plus avantageusement réitérée pendant la convalescence que la constipation pourrait rendre les efforts de défécation extrêmement douloureux.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LES TUMEURS DE L'OVAIRE (1).

Par le Dr Gaillard-Thomas,

Professeur de clinique obstétricale au Collége des Médecins et Chirurgiens de New-York.

Traduit de l'anglais par le Dr Lutaud.

La pathologie des tumeurs a fait de grands progrès pendant ces vingt dernières années. Le signal du progrès donné par Rokitansky au commencement de cette période a été suivi surtout grâce aux remarquables travaux de Virchow. Si nous possédions aujourd'hui un summum de connaissances satisfaisant sur cette importante question, il serait facile d'en donner à l'élève un exposé clair et précis. Mais les choses sont loin d'en être ainsi. La nomenclature est encore l'objet de classements continuels; les opinions subissent des modifications journalières en ce qui concerne la pathologie; la classification subit, en conséquence, de fréquents changements; il en résulte de grandes difficultés pour l'auteur qui, n'étant pas autorisé par des recherches personnelles à émettre des vues originales, est obligé de s'appuyer sur les travaux des anatomo-pathologistes. Quiconque a réellement étudié la question des tumeurs, est forcé d'admettre la vérité de cette assertion et ne portera pas un jugement trop sévère sur le tableau suivant dans lequel je me suis

(1) Cette étude ne comprend pas les kystes ovariens proprement dits qui suffiraient à eux seuls à fournir la matière de plusieurs chapitres.

efforcé de reproduire les différentes variétés de tumeurs ovariennes. Je sais combien il est imparfait, mais je ne connais pas de meilleur moyen de simplifier pour le lecteur l'étude de ces tumeurs que de les présenter sous leur aspect clinique.

Nous avons pensé qu'il était préférable, pour faciliter l'étude clinique des tumeurs de l'ovaire, de les distinguer en deux classes : 1° celles qui sont solides et libres de tout développement kystique ; 2° celles qui présentent des caractères opposés.

Le tableau suivant permet d'envisager d'un seul coup d'œil les tumeurs qu'on observe au lit des malades et qui sont susceptibles d'une intervention chirurgicale ; on n'y trouvera pas les spécimens pathologistes qui n'ont d'autre intérêt que la curiosité.

Tumeurs ovariennes proprement dites	Tumeurs solides.	Carcinome.
		Fibrome.
	Tumeurs kystiques.	Kysto-carcinome.
		Kysto-fibrome ou sarcome.
		Kystes dermoïdes.
		Kystes ovariens et kystomes.
Kystes du bassin présentant ordinairement les caractères cliniques des kystes de l'ovaire.	Kyste des ligaments larges.	
	Kystes parasitaires.	
	Hydropisie des trompes.	
	Kystes utérins et fibro-kystes.	
	Hydropisie péritonéale enkystée.	
	Kystes sous-péritonéaux.	
	Kystes communiquant avec la moelle épinière.	

On a fait figurer l'ostéome et l'enchondrome parmi les tumeurs solides de l'ovaire, mais les rares cas qui ont été rapportés presentent une authenticité douteuse. Parmi les tumeurs kystiques on aurait pu faire figurer l'hydropisie des follicules qui déterminent parfois une tumeur de la grosseur de la tête d'un fœtus, et Rindfleisch a, sous le nom de *struma ovarii*, décrit une dégénérescence fibro-kystique dans laquelle les ovaires atteignent le volume du poing ; mais quoique ces affections présentent un grand intérêt pathologique, je n'ai pas cru devoir les mettre à côté des formes qu'on rencontre journellement dans la pratique et qui réclament notre intervention.

Carcinome.

Voici les principales variétés de cancer qui peuvent affecter e tissu de l'ovaire.

1° L'ovaire peut être atteint par la dégénérescence squirrheuse. Cette forme de cancer, moins commune que les autres, se montre habituellement vers l'âge moyen de la vie et peut donner naissance à une tumeur volumineuse. Le squirrhe se développe lentement et présente dans l'ovaire les mêmes caractères que dans les autres organes. Il peut se développer primitivement ou, ce qui est plus fréquent, il peut être consécutif à une affection cancéreuse ayant débuté sur un autre point de l'économie.

2° L'ovaire peut être le siége d'un cancer médullaire qui débute tantôt dans les vésicules de Graaf, tantôt dans le corps jaune, ainsi que Rokitansky en a rapporté un cas: ou bien encore dans le stroma de l'ovaire. La distension cause parfois la rupture de la tunique albuginée et le cancer médullaire se développe alors dans le péritoine et les viscères pelviens.

3° Le squirrhe et le cancer médullaire peuvent ensemble ou isolément attaquer les parois d'un kyste et constituer des produits tantôt endogènes, tantôt exogènes. Dans quelques cas la matière cancéreuse envahit tellement les parois du kyste, qu'on pourrait croire que la dégénérescence kystique est survenue secondairement.

4° Des villosités vasculaires et arborescentes peuvent se développer dans le kyste, en tapisser les parois et le remplir au point d'en occasionner la rupture. L'élément cancéreux se développe alors en contact immédiat avec le péritoine et peut déterminer, soit une péritonite dangereuse, soit une hydropisie abdominale abondante.

La dégénérescence est souvent associée à cette forme de cancer colloïde, que Cruveilhier a décrite sous le nom de cancer alvéolaire.

La reconnaissance de ce fait que les diverses variétés de can-

cer peuvent affecter les ovaires, présente un intérêt capital au point de vue du pronostic, puisqu'il peut, dans quelques cas nous faire accepter ou rejeter l'ovariotomie. Cependant cette opération peut encore être utile dans le cancer en prolongeant l'existence des malades.

Voici les principaux symptômes qui peuvent faire reconnaître la malignité d'une tumeur do l'ovaire dans la généralité des cas.

a. Le développement rapide d'une tumeur solide dans l'ovaire coïncidant avec

b. Une dépréciation marquée des forces vitales et une altération générale de l'économie;

c. La présence de l'œdème des membres inférieurs coïncidant avec l'existence d'une petite tumeur ovarienne dont le volume est insuffisant pour produire de l'œdème par compression;

d. Une sensation de douleur lancinante et de brûlure dans la tumeur;

e. L'aspect cachectique;

f. La présence de l'ascite sans que ce symptôme puisse être expliqué par une cirrhose, une autre affection hépatique, une maladie organique des reins, du cœur, ou une péritonite chronique.

La dégénérescence kystique de l'ovaire se fait parfois avec une grande rapidité; elle est alors accompagnée par de l'émaciation, une grande prostration physique, de l'ascite et un aspect cachectique. On peut alors se demander si, dans un cas de ce genre, il serait possible de faire la diagnose différentielle avec une affection maligne. Nous répondrons sans hésiter que, dans ce cas, le diagnostic serait très-difficile; mais les caractères différentiels que nous avons énumérés plus haut n'ont aucune prétention à l'infaillibilité.

Ainsi en parlant de l'ascite comme symptôme différentiel nous n'avons pas voulu parler d'un épanchement léger coïncidant avec une tumeur volumineuse, mais d'un épanchement considérable accompagnant une tumeur de petit volume.

Il est d'autres circonstances qui peuvent encore créer des difficultés dans le diagnostic du cancer de l'ovaire. La première est la grossesse compliquée d'épanchement péritonéal, la seconde est un fibroïde utérin accompagné d'hydropisie. Dans le premier cas, on pourra généralement établir le diagnostic en recherchant les signes caractéristiques; mais, dans le second, on pourra rencontrer quelques difficultés, quoique les fibroïdes utérins présentent généralement des symptômes assez caractéristiques.

Lorsqu'on rencontre de ces cas obscurs dans lesquels le diagnostic est impossible par les moyens ordinaires, il faut avoir recours à la paracentèse et aux incisions exploratrices plutôt que de priver la malade de la ressource qui peut lui être offerte par l'ovariotomie. Le diagnostic le plus incertain peut quelquefois être assuré par les caractères fournis par le liquide de l'épanchement; d'autres fois une petite ouverture pratiquée dans le péritoine permet de reconnaître directement, par le toucher, la nature du produit morbide. Souvent ces procédés d'exploration suffisent pour enlever tous les doutes.

C'est ainsi que, par ces moyens, je suis arrivé, dans un grand nombre de cas, à diagnostiquer le véritable cancer de l'ovaire; mais je dois avouer que, dans deux cas, des tumeurs que j'avais reconnues d'abord comme cancéreuses, ont présenté, par la suite, les caractères des tumeurs bénignes. Il est incontestable, en effet, que des kystes de l'ovaire peuvent déterminer une ascite très-prononcée et s'accompagner des autres symptômes que nous avons décrits comme appartenant au cancer.

Tumeurs fibreuses ou fibromes.

Cette variété de tumeur se rencontre rarement dans l'ovaire où elle n'atteint jamais un grand volume. Kiwisch en a rapporté deux cas : dans l'un, la tumeur présentait le volume de la tête d'un fœtus, dans l'autre, elle avait la grosseur d'une tête d'adulte. Le Dr Farre n'admet pas l'authenticité de ces observations et il prétend que les cas qui ont été publiés se rap-

portent soit à des tumeurs cancéreuses, soit à des fibroïdes utérins qui s'étaient étendus jusqu'à l'utérus. Il est en effet probable que les tumeurs fibreuses péri-utérines qui sont fournies non par l'utérus lui-même, mais par l'extension des fibres utérines dans les ligaments larges et utéro-sacrés, ont été souvent considérés à tort comme des tumeurs fibreuses de l'ovaire. D'un autre côté, un grand nombre de tumeurs, considérées comme des fibroïdes ovariens, n'étaient autre chose que des kysto-fibromes.

Lorsque le fibrome affecte l'ovaire, il ressemble, par ses caractères, au fibrome utérin, avec cette différence toutefois que la pédiculisation ne se montre pas dans l'utérus et que le développement de la tumeur est toujours très-limité.

Nous ferons remarquer au lecteur que ces remarques s'appliquent au fibrome vrai et non pas aux tumeurs fibro-kystiques de l'ovaire qui peuvent atteindre un volume considérable et doivent toujours être considérées comme des affections graves.

D'après Virchow, dans les cas bien authentiques des fibromes ovariens vrais, le volume de la tumeur varie depuis la grosseur d'un œuf jusqu'à celle d'une tête de fœtus. Il croit que les cas où le volume de la tumeur était plus considérable se rapportent à des kysto-fibromes. Scanzoni, van Buren et Ferster ont cependant publié des cas dans lesquels la tumeur atteignait le volume d'une tête d'adulte. Le Dr Peaslee a publié un cas analogue en 1861. Mais je ne puis admettre l'opinion de cet auteur et je persiste à croire qu'il s'agissait d'un kysto-fibrome. Voici la description qui a été donnée de ce néoplasme: « La tumeur une fois posée sur la table de dissection paraissait fluctuante et, malgré que la ponction n'ait donné aucun résultat pendant la vie, on persistait à croire qu'elle contenait du liquide. Ce n'est que lorsqu'une section fut pratiquée qu'on put reconnaître qu'elle était constituée par des éléments fibreux qui formaient de nombreux lobules de la grosseur d'une noix et qui étaient remplis d'une matière visqueuse présentant l'aspect du miel. »

Nous pensons qu'une tumeur de cette nature doit être considérée comme un kysto-fibrome ou un kysto-carcinome.

Kysto-carcinome.

Les collections liquides peuvent se produire dans le cancer de l'ovaire par trois voies différentes : 1° des kystes peuvent se développer dans la structure du tissu cancéreux squirrheux ou médullaire, comme cela a lieu dans le sarcome; 2° une tumeur fluide ou kystique primitivement bénigne peut donner naissance à des produits de nature maligne dans ses parois; 3° par infiltration et désagrégation, une cavité peut se former au centre d'un cancer médullaire volumineux et former ainsi un kyste liquide. Quelle que soit du reste la nature du processus, on se trouve alors en présence d'un cancer compliqué de dégénérescence kystique ou d'un kyste compliqué de cancer. D'après Scanzoni, la masse cancéreuse peut se développer dans le tissu de la paroi du kyste et projeter soit à l'intérieur soit à l'extérieur; il peut encore prendre naissance sur les parois et se développer sous la forme d'une tumeur pédiculée ou sessile, molle, vasculaire et remplie de matière médullaire. On rencontre dans ces tumeurs, tantôt la dégénérescence colloïde, tantôt la dégénérescence médullaire.

Ces tumeurs malignes ne restent pas toujours limitées à l'ovaire; souvent elles envahissent le péritoine ou d'autres organes voisins. Cette tendance du développement excentrique explique la présence de ces tumeurs volumineuses que la palpation abdominale fait souvent découvrir dans le cancer utérin.

Le signe caractéristique du cancer kystique est la rapidité de son développement. Il atteint souvent en quelques mois le volume que le sarcome ou une simple tumeur kystique n'atteindrait que dans l'espace de plusieurs années.

On peut juger de la fréquence du cancer kystique et des autres tumeurs de l'ovaire par la statistique suivante qui a été faite par Scanzoni.

Nombre de cas examinés, 1,823.

Sur ce nombre, 97 tumeurs ovariennes ont été observées. Voici comment elles se répartissent :

Cas soumis à l'autopsie.	41
Tumeurs liquides.	25
Tumeurs colloïdes	9
Kysto-sarcome	5
Cancer kystique.	2

On voit d'après cette statistique que l'affection qui nous occupe est plus rare que le sarcome et surtout beaucoup plus rare que la dégénérescence alvéolaire ou colloïde.

Le traitement chirurgical constitue une bien petite ressource dans ces cas. D'après mon expérience, l'ovariotomie pratiquée dans ces circonstances est presque toujours mortelle. Néanmoins, je crois qu'elle peut, dans quelques cas très-rares, prolonger l'existence des malades.

Le pronostic du cancer kystique est plus grave que celui de toutes les autres affections de l'ovaire.

Kysto-fibrome ou kysto-sarcome.

Tous les pathologistes et les cliniciens admettent une grande différence entre le sarcome et le fibrome de l'utérus, mais jusqu'à présent ces deux termes appliqués à l'ovaire sont restés synonymes. En effet, si l'on consulte tous les traités de gynecologie publiés pendant ces dernières années on voit que les auteurs désignent la même affection tantôt sous le nom de kysto-sarcome, tantôt sous celui de kysto-fibrome de l'ovaire.

Scanzoni définit les fibromes ovariens « des tumeurs constituées par du tissu cellulaire » et les kysto-sarcomes « des tumeurs constituées par du tissu cellulaire dans lequel se forment des cavités plus ou moins étendues. » Peaslee décrit les kysto-fibromes mais ne fait aucune mention des kysto-sarcomes, tandis que Brown et Barnes mentionnent les kysto-sarcomes sans parler des kysto-fibromes. Il faut en outre

ajouter que Rindfleisch (1) s'est exprimé ainsi : « Je ne puis séparer les fibromes des sarcomes..... Nous distinguons trois variétés de sarcome : le sarcome a cellules arrondies, le sarcome à cellules fusiformes et le fibrome. »

« Par kysto-sarcome, dit Lucke, je désigne spécialement ces tumeurs volumineuses constituées par des masses solides, à proliférations papillaires et dont les cavités closes et ouvertes rappellent la structure de la mamelle de l'ovaire ou du testicule. » Dans quelques cas la maladie débute par un adénome puis se transforme en sarcome qui subit alors la dégénérescence kystique, le produit de cette combinaison a été désigné par Lücke sous le nom d'adéno-kysto-sarcome.

Ces kystes atteignent souvent des dimensions considérables. Dans la 90e ovariotomie pratiquée par Wells l'opération fut précédée d'une ponction qui donna issue à 38 litres d'un liquide épais et foncé contenant beaucoup de cholestérine. Le Dr Fox qui a examiné la tumeur nous dit que le kyste pesait encore 13 livres après avoir été ponctionné. La structure de la partie solide de cette tumeur était très-complexe; elle se composait d'un grand nombre de kystes de dimensions variables et groupés sans aucun ordre. La proportion des éléments fibreux et kystiques est tellement inégale dans les tumeurs qu'il est souvent difficile de les classer. Lorsque l'élément kystique domine, le néoplasme ressemble à une tumeur liquide; lorsqu'il y a prépondérance de l'élément fibreux, il a les apparences d'une tumeur solide.

Le contenu du kyste peut être colloïde, purulent, séreux ou sanguinolent; quelquefois le sang s'épanche entre les interstices fibreux et détermine ainsi un rapide accroissement de la tumeur. En somme on peut dire que sarcome kystique peut atteindre des dimensions considérables, « colossales, » mêmes selon l'expression de Kiwisch.

---

(1) *Histologie pathol.*, éd. Am., p. 132 et 142.

Dans le cas de Wells dont nous venons de parler, la tumeur occupait la totalite de l'abdomen, elle avait même dépassé de deux pouces le cartilage ensiforme du sternum, mais le développement avait été moins rapide que dans les tumeurs purement kystiques.

La maladie avait duré près de huit ans, la tumeur avait augmenté lentement de volume jusqu'en 1863, puis elle s'était développée dans les proportions suivantes : de juin à juillet, un pouce ; d'août à septembre, un pouce ; de septembre à octobre, un demi-pouce ; d'octobre à novembre, un pouce.

Lorsqu'on constate la présence d'un ou de plusieurs de ces kystes, on peut remédier par une ponction à la plupart des symptômes qui résultent de la pression mécanique sur les organes voisins. Mais les résultats de cette opération sont cependant plus dangereux que dans les simples tumeurs liquides ; il arrive parfois que la ponction est suivie d'une hémorrhagie ou d'une inflammation consécutive. En outre l'opérateur est bien plus limité pour le choix du point à ponctionner ce qui est encore un désavantage.

Indépendamment de la ponction on doit encore appliquer les mesures palliatives nécessitées par chaque symptôme. C'est ainsi qu'on appliquera une large ceinture hypogastrique pour contenir la tumeur et qu'on ordonnera le repos pendant les époques menstruelles.

L'ovariotomie constitue le seul traitement curatif qui puisse être appliqué à cette variété de tumeur. L'opération ne se présente pas sous un aspect aussi satisfaisant que lorsqu'elle est appliquée à la dégénérescence kystique ; elle ne doit pas être entreprise avant qu'on ait acquis l'assurance que la tumeur est de nature à compromettre l'existence. L'ovariotomie nécessite dans ce cas une grande incision abdominale et l'opérateur est exposé a rencontrer les adhérences ; malgré que l'opération entraîne nécessairement un grave pronostic elle est non-seulement indiquée mais encore imposée au chirurgien.

Kystes dermoïdes.

On trouve sur certains points de l'économie, mais plus particulièrement dans l'orbite, le plancher de la bouche, le médiastin antérieur, les poumons, le mésentère, les testicules et les ovaires, une variété de kystes contenant de la graisse, des dents, des cheveux, de la cholestérine des cartilages et des os. On trouve sur les parois de ces kystes des papilles, des glandes, des follicules sébacés et un épithélium qui leur donne une grande analogie de structure avec la peau. Un grand nombre de théories plus ou moins fantaisistes ont été émises sur la production de ces kystes. Il est maintenant généralement admis qu'ils résultent du développement irrégulier et excentrique des tissus du fœtus pendant la vie intra-utérine. C'est Lebert qui a avancé cette théorie de la génération spontanée de tissu dermique dans l'économie qui nous permet d'expliquer la présence de ces tumeurs dermoïdes.

M. Pigné a cherché dans 18 cas, l'âge auquel les kystes dermoïdes sont apparus. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

5 cas furent observés		chez des vierges au-dessous de 12 ans.
6	—	chez des enfants de 6 mois à 1 an.
4.	—	chez des fœtus femelles à terme.
3	—	chez des fœtus expulsés à 8 mois.

Le volume des tumeurs dermoïdes varie depuis celui d'un œuf de poule jusqu'à celui d'une tête d'adulte, mais il dépasse rarement ces dimensions. Elles sont dures et généralement globulaires. Un seul ovaire est ordinairement affecté et par une seule tumeur; mais on a des exemples où plusieurs kystes ont été observés sur un seul ovaire. Elles sont généralement constituées par de la graisse, de longs cheveux, des dents, de la peau et des fragments osseux. Les dents sont généralement imbriquées dans les parois du kyste ou fixées à des os, et elles

sont quelquefois très-nombreuses. Schnabel (1) a rapporté un cas dans lequel il y en avait plus de cent, et Ploupret (2), un, dans lequel on a trouvé 300 dents.

Les cas de ce genre sont si rares que je rapporte le suivant, qui est emprunté à un ouvrage de Kiwisch.

Une jeune fille, âgée de 17 ans, fut atteinte d'une tumeur dans la région de l'ovaire gauche, qui augmenta graduellement de volume. Elle succomba à l'âge de 28 ans. On put alors constater à l'autopsie que le sac seul de l'ovaire pesait 14 livres et contenait plus de 40 livres d'une masse visqueuse, adipeuse, présentant l'aspect du miel, et dans laquelle se trouvaient des cheveux de différentes longueurs. On y trouva également huit fragments osseux, dont l'un avait 25 centimètres de longueur et 2 de largeur; un autre os avait une forme polygonale et contenait six dents molaires et une incisive. Les dents avaient exactement la forme, le volume et la solidité qu'elles ont généralement chez une personne de 20 ans. La paroi interne du sac était tapissée de cheveux très-courts.

Quoique généralement inoffensifs par eux-mêmes et n'ayant pas de tendance à se développer rapidement et à acquérir un volume considérable, les kystes dermoïdes peuvent cependant devenir dangereux et déterminer une issue fatale.

Il passe alors un des trois processus suivants : 1° formation d'un abcès qui est causé par la présence du kyste qui joue le rôle de corps étranger; 2° le kyste est perforé, et son contenu se répand dans le péritoine; 3° le kyste sécrète dans son intérieur des éléments liquides qui le transforment en une tumeur liquide. Sur quarante-cinq tumeurs ovariennes que j'ai opérées, deux avaient eu pour point de départ des kystes dermoïdes, contenant de la graisse et des cheveux, et dans une autre tumeur, j'ai trouvé des fragments osseux. Dans ces cas, les

(1) Kiwisch, *loc. cit.*

(2) Becquerel, *loc. cit.*

kystes contenant les éléments dermoïdes n'étaient pas en communication avec les autres kystes qui contenaient la matière colloïde et constituaient la masse de la tumeur. Dans ces deux cas, la tumeur était presque enlevée en totalité, lorsque je découvris un autre kyste contenant de la graisse. Les tumeurs volumineuses présentaient les caractères ordinaires des kystes multiloculaires.

Il arrive très-souvent que les kystes dermoïdes sont découverts accidentellement. L'exploration physique révèle la présence d'une masse ronde, dure, indolore et, à moins d'être trop volumineuse, parfaitement mobile. Lorsqu'ils sont peu volumineux ils ne demandent aucun traitement spécial à moins qu'ils n'apportent un obstacle à l'accouchement, comme cela a été observé par le Dr Ramsbotham (1). Lorsque les parois du kyste suppurent on doit agir comme lorsqu'on se trouve en présence d'un abcès pelvien. Lorsqu'ils acquièrent un grand développement, ils doivent être traités comme les autres kystes de l'ovaire.

Nous étudierons dans un autre article les kystes ovariens et les kystomes, mais, avant de quitter ce sujet, disons quelques mots de la dégénérescence colloïde de l'ovaire, affection dont le caractère de malignité est encore douteux dans l'esprit de beaucoup de pathologistes. Pendant longtemps on a cru que le terme colloïde (κόλλα, glu; εἶδος, semblable) était appliqué à des tumeurs de nature cancéreuse, mais l'étude histologique et clinique de ces tumeurs nous porte à les séparer des tumeurs malignes. Cette opinion est maintenant adoptée par Farre, G. Heurte, Kiwisch, Collis (2), Becquerel et la plupart des gynécologistes modernes. Hewit s'exprime ainsi à propos des tumeurs colloïdes de l'ovaire : « Cette dernière désignation (cancer colloïde) me paraît impropre, car une étude attentive des

(1) Un cas analogue a été observé par Barnes (trad.) (*Ann. de gynéc.*, 1878.

(2) *Op. cit.*, p. 205.

faits conduit à cette conclusion, que ces tumeurs ne sont pas cancéreuses. » Becquerel (1) semble avoir placé la question sur son véritable terrain lorsqu'il dit : « Un grand nombre de maladies ont été confondues sous le nom très-indéfini de *kyste colloïde*, il est donc essentiel, avant d'aller plus loin, d'établir une distinction entre les différentes variétés. C'est ce que nous allons nous efforcer de faire, mais en faisant préalablement remarquer que sous le nom de matière colloïde, quelques auteurs n'ont pas voulu désigner une production cancéreuse, tandis que d'autres ont donné ce nom à des tumeurs véritablement cancéreuses. Virchow (2) se prononce d'une manière très-catégorique; parlant de la différence qui existe entre ces néoplasmes, il dit : « Vous pouvez donc dire cancer colloïde, sarcome colloïde, fibrome colloïde, le terme *colloïde* s'applique simplement ici à toute tumeur dont le contenu a un aspect gélatineux. » Cet auteur dit ensuite qu'aucune confusion ne saurait exister au point de vue pathologique, entre ces tumeurs et le vrai cancer colloïde, ou la dégénérescence colloïde de la glande thyroïde. Voici comment Becquerel décrit, d'après Virchow, le prétendu cancer alvéolaire. « On trouve dans le parenchyme de l'ovaire des petites cavités remplies de matières gélatineuses et dont les cavités sont tapissées par un épithélium. Ces vésicules se développent dans toutes les directions, mais plus particulièrement à la périphérie des ovaires où elles forment des masses irrégulières. Quelques-unes de ces vésicules sont isolées, tandis que d'autres sont groupées de différentes manières. Les parois disparaissent ensuite par atrophie lorsqu'elles sont seulement constituées par une membrane épithéliale. Les parois des kystes volumineux restent intacts ou deviennent hypertrophiées. Dans d'autres cas la distension des vésicules détermine leur rupture, et il en résulte une hémorrhagie.» D'après Kiwisch, le stroma ovarien

---

(1) *Op. cit.*, p. 226.

(2) *Pathologie cellulaire*, p. 512.

peut se rompre et donner naissance à des cavités cellulaires ou alvéoles, contenant une masse gélatineuse et semi-liquide. D'autres auteurs ont comparé cette structure à celle d'une éponge.

De tout ceci il résulte que, dans l'état actuel de la science, on ne peut considérer comme une affection maligne cette rupture du stroma ovarien et cette transformation alvéolaire ; on peut cependant dire qu'elle constitue un état intermédiaire entre le cancer et les dégénérescences bénignes.

La dégénérescence colloïde complique fréquemment le cancer, le sarcome et les tumeurs liquides. « Nous avons observé, dit Kiwisch, une dégénérescence alvéolaire considérable existant dans l'économie pendant de longues années sans donner lieu à des symptômes très-graves. »

Lorsqu'on découvre un kyste dont le volume trop considérable cause une pression nuisible sur les organes voisins, il faut le ponctionner; mais il n'est pas fréquent de voir une tumeur purement alvéolaire, atteindre des dimensions considérables. Néanmoins lorsqu'on remarque qu'une tumeur de cette nature augmente progressivement et détermine des symptômes généraux d'une certaine gravité, il faut sans hésiter pratiquer l'ovariotomie. L'indication est d'autant plus précise qu'il s'agit très-probablement d'une tumeur maligne.

NOTE POUR SERVIR A L'ÉTUDE CLINIQUE DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES

Par le Dr Lizé (du Mans).
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

En Allemagne, Kohnstein et Ahlfed ont, les premiers, éveillé l'attention des praticiens sur les résultats de l'accouchement chez les primipares âgées (1).

---

(1) *Arch. für. Gynækol.* T. IV, p. 499 et 510.

En France, MM. Verrier et Coccio (1) publièrent des observations qui apprirent que le retard dans l'expulsion était dû à la résistance des parties molles. Enfin, M. le professeur Pajot s'exprimait ainsi dans la troisième leçon de son brillant cours à la Faculté de médecine : « Les anciens qui croyaient que la soudure du coccyx était la cause des difficultés qu'on rencontre chez les primipares âgées, étaient dans l'erreur; ces difficultés dépendent de la période de dilatation du col qui est plus longue, et de la résistance des parties molles; il y a là, passez-moi l'expression, comme une *espèce de racornissement général.* »

Tout en admettant avec une pareille autorité que ces difficultés ont été beaucoup exagérées, il faut néanmoins reconnaître qu'il y a des cas où elles se produisent à un degré très prononcé. Ainsi, la *Gazette obstétricale* publiait, en 1877 (2), une observation curieuse du Dr Verrier, où l'on voit une primipare âgée, offrant une absence presque complète des contractions utérines, une résistance extraordinaire du col utérin et, comme conséquence, une longueur démesurée du travail; enfin, une réceptivité particulière pour contracter les affections puerpérales et septiques auxquelles cette malade a succombé. Aujourd'hui, qu'il me soit permis de relater un fait qui se rattache à des accidents analogues, mais beaucoup plus marqués.

OBSERVATION. — *Accouchement considérablement retardé chez une primipare âgée. Dilatation mécanique et progressive du col utérin; extraction d'un enfant mort avec le forceps; éclampsie et mort de la mère.*

Madame G..., âgée de 39 ans, mariée depuis vingt-trois ans, lymphatique et nerveuse, n'eut jamais ni fausses couches, ni accouche-

---

(1) *De l'innocuité relative des accouchements chez les primipares âgées*, par A. Coccio.

(2) *Gazette obstétricale*, année 1877, p. 369 et suiv.

ment prématuré ou à terme. Elle vit ses règles pour la dernière fois le 6 janvier 1875. Quatre mois après la suppression totale, elle me fit appeler pour être éclairée sur son état. Je pus alors percevoir les mouvements actifs du fœtus, mais nullement ses battements de cœur. Il me fut, en conséquence, possible d'émettre la croyance à une grossesse, et au sixième mois, j'affirmai que cette grossesse était réelle parce que mon oreille entendait distinctement les doubles battements du cœur fœtal dans la fosse iliaque gauche. La gestation de madame G... se passa d'une façon normale, malgré l'infiltration des membres abdominaux et des grandes lèvres devenue de plus en plus forte dans les deux derniers mois. Quantité notable d'albumine dans les urines.

En comptant quatre époques cataméniales en arrière, et en y comprenant la dernière menstruation venue, comme le fait Matteï, je m'attendais à un accouchement vers le 6 octobre, ou, au plus tard, vers le 15, mais aucun signe précurseur de travail puerpéral ne s'annonça. Procidence énorme du ventre en avant et rétroversion du col utérin au point de ne pouvoir l'atteindre par le toucher.

Le 31 octobre, même état; les battements du cœur fœtal *sont tumultueux* à gauche, puis, le 3 novembre, ils ne se font plus entendre, et cela sans que la mère ait été exposée à aucun accident. Le 4, consultation avec le Dr Mordret; impossible d'atteindre le col utérin avec l'index quand madame G... est debout, et on peut à peine l'affleurer quand elle est couchée. Le 5 au matin, le spéculum peut découvrir le col de l'utérus contre lequel des douches d'eau tiède sont dirigées pendant dix minutes avec une pompe à main de jardin, comme le pratique Stoltz. Ma pince dilatatrice (1) est ensuite engagée dans la cavité cervicale où je lui fais subir un écartement progressif des branches et une évolution circulaire afin d'obtenir une dilatation bien uniforme; après dix minutes, l'instrument est enlevé.

Dans la soirée, mêmes manœuvres. Le 6 au matin, nouvelles douches, nouvelle application de la pince; puis, au soir, introduction facile d'une grosse éponge préparée dans le col utérin.

A 10 heures du soir, le travail commence et continue régulièrement jusqu'à 6 heures du matin le 7, au moment où la tête est des-

(1) Voir la description de cette pince au T. II des *Annales de gynécologie*, p. 208.

cendue dans l'excavation. Une formidable attaque d'éclampsie se déclare brusquement et M. le Dr Leroy est aussi appelé en consultation.

Application du forceps et extraction très-laborieuse d'un enfant mort. Madame G... était à peine revenue de la première attaque d'éclampsie, quand une seconde crise arriva pour la tuer en quelques minutes.

Réflexions. — Ce qui étonne dans ce fait, c'est la prolongation de la grossesse jusqu'au dixième mois. Cette dérogation à la loi physiologique, tenait simultanément à la rigidité anatomique du col utérin qui se trouvait, en outre, porté fortement en arrière, et à l'absence complète des contractions utérines. Sans doute, il a été bien établi que les causes réelles du retard dans l'accouchement des primipares âgées dépendaient de la période de dilatation du col, qui est plus longue ; néanmoins cette période a une fin spontanée dans la majorité des cas. Or ici, la nature n'a rien fait pour amener la délivrance de la parturiente ; il a fallu, pour ouvrir le col utérin, la triple action des douches, de ma pince dilatatrice et de l'éponge préparée. Enfin, l'issue est devenue funeste à cause de l'éclampsie produite par la double influence de l'albuminurie et de la primiparité.

Maintenant, il est permis de se demander s'il n'eût pas mieux valu ouvrir le col par une dilatation prompte et violente, puis extraire l'enfant avec un instrument à tractions, au lieu de laisser la grossesse aller si loin. Cette idée m'est venue assurément, mais d'abord rien ne précisait le terme exact de la grossesse, en dehors des affirmations de la parturiente; ensuite le fœtus, mort au sein des membranes closes, était à l'abri du contact de l'air extérieur, et par conséquent de la décomposition putride. Il m'a donc semblé utile d'attendre encore pour donner le temps au col utérin de se ramollir et finalement de s'effacer davantage. Tels sont les motifs qui ont paru militer en faveur de la temporisation. Au surplus, je me range parmi ceux qui, à la suite de l'éminent professeur Pajot, ont pris pour devise en obstétrique : *non vi sed arte.* Cela veut

dire que pour toutes ces résistances dues aux parties molles, je repousse l'emploi de ces machines aveugles qui cherchent à forcer l'entrée du domaine obstétrical, et je les repousse, en particulier, chez les primipares âgées, dont les tissus manquant d'extensibilité sont si faciles à se déchirer.

REVUE DE LA PRESSE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS ET SUR LE MOMENT OU IL FAUT PRATIQUER LA LIGATURE DU CORDON OMBILICAL (1).

Par M. Ch. Porak
Ancien interne des hôpitaux.

Si on lit les divers traités d'accouchements, on est surpris de voir les opinions contradictoires des auteurs au sujet du moment où on doit sectionner et lier le cordon ombilical. Parmi les accoucheurs modernes, les uns, comme Cazeaux, Chailly, Joulin, Verrier, Pénard, etc., conseillent de faire la ligature du cordon immédiatement ou peu de temps après la naissance de l'enfant; les autres, comme Nægele, Schrœder, Jacquemier, Kleinwæchter, Stoltz, Tarnier, etc., pensent que la ligature tardive est préférable.

Denman, Stoltz, Tarnier, savaient bien que par la ligature tardive l'enfant bénéficiait d'une quantité bien plus considérable de sang que par la ligature immédiate, mais la quantité dont il bénéficiait n'était pas fixée.

Cette question appelait de nouvelles recherches cliniques et expérimentales. M. Tarnier engagea donc l'un de ses internes, notre excellent collègue M. Budin, de recueillir et d'évaluer le sang qui s'écoule par le bout placentaire du cordon à la suite

---

(1) Extrait de la *Revue mensuelle de méd. et de chir.*, mai, juin 1878.

de la section pratiquée immédiatement ou tardivement après l'accouchement.

Des recherches de M. Budin (1) résulte que l'enfant pourrait bénéficier de 87 c.c. 8 ou 92 gr. 6 de sang lorsque, au lieu de pratiquer la ligature immédiate du cordon, on le lie de 1[?]2 min. à 4 min. après la cessation des pulsations artérielles de la tige funiculaire. Si l'on admet que la quantité de sang équivaut au treizième du poids du corps de l'enfant, on voit que l'enfant a 259 gr. 2 de sang en totalité et que la ligature tardive lui donne en plus le tiers de la quantité du sang qui serait contenu dans ses vaisseaux. Pour rendre ce résultat plus évident, M. Budin fait remarquer qu'un nouveau-né dont on a lié immédiatement le cordon se trouve, relativement à un enfant auquel on a fait une ligature tardive, dans la situation d'un adulte pesant 65 kilog auquel on ferait une saignée de 1709 gr.

L'auteur conclut donc qu'*on ne doit pratiquer la section et la ligature du cordon ombilical que 1 ou 2 minutes environ après la cessation complète de ses battements vasculaires.*

Si, au lieu de lier le cordon immédiatement après la naissance, on ne le lie que de 2 minutes à 7 minutes, en moyenne 2 minutes après la naissance, les artères ombilicales continuant à battre, on constate qu'on empêche l'enfant de puiser dans le placenta 57 c.c. de sang.

Dans la deuxième partie de son Mémoire, M. Budin proteste énergiquement contre cette pratique qui consiste à faire une saignée du cordon ombilical lorsque les nouveau-nés se trouvent en état d'asphyxie. Ainsi, non-seulement l'enfant ne bénéficie pas de 92 gr. de sang qu'il aurait puisés dans le sein maternel, dans le cas de ligature tardive, mais encore il subit une spoliation sanguine qui peut être évaluée de 40 gr. à 80 gr. de sang. L'enfant subit alors une nouvelle perte de sang qui

(1) Budin. *A quel moment doit-on pratiquer la ligature du cordon ombilical?* (*Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1876).

correspondrait chez l'adulte non pas à une saignée de 1,700 gr. mais à une saignée de 2,500 à 3,000 gr.

Le Mémoire de M. Budin ne fut pas admis sans réserve à la Société de biologie, où il le lut, et on lui indiqua que le seul moyen de démontrer l'utilité de la pratique qu'il préconisait était d'observer la santé des enfants dont on aurait lié le cordon soit immédiatement, soit tardivement. Il y avait d'ailleurs un moyen de constater l'état de santé des enfants ; ce moyen consistait à les peser et à voir si les enfants mis au monde après une ligature immédiate gagnaient plus de poids que les enfants mis au monde après une ligature tardive, objection qu'avait d'ailleurs très-bien prévue M. Budin.

Le travail de M. Budin, rédigé avec un grand talent d'exposition, mit cette question de la ligature du cordon à l'ordre du jour.

Peu de temps après la publication du Mémoire de Budin, Kobly (1) soutenait sa thèse inaugurale ; il cherche à démontrer, par des pesées, l'influence du mode de la ligature sur la santé des enfants et, par conséquent, à combler la lacune du Mémoire de M. Budin que nous venons d'indiquer. Ses observations sont peu nombreuses et peu concluantes. Néanmoins il se déclare nettement pour la ligature tardive.

Pour ce qui me concerne, je dois avouer que la lecture du Mémoire de Budin m'avait convaincu, et, lorsque j'entrai en qualité d'interne à la maternité de l'hôpital Cochin, j'engageai très-vivement les sages-femmes à lier tardivement. Mlle Pepin se prêta de la meilleure grâce à cette invitation ; quant à l'autre sage-femme, elle refusa absolument de suivre cette innovation. Je fus donc en mesure, bien malgré moi, de voir la différence qui existait entre les enfants dont on avait ou dont on n'avait pas lié le cordon tardivement, et je fus persuadé, après plusieurs mois d'une observation d'ailleurs superficielle, que les enfants dont la ligature avait été tardive n'avaient pas meil-

(1) Kohly. Thèse de Paris, 1876.

leure santé que les autres. Je résolus d'étudier cette question d'une façon plus sérieuse, d'observer attentivement ces enfants et de les peser.

Mais, à la maternité de l'hôpital Cochin, il n'y a que deux à trois accouchements par jour; il m'était impossible de réunir un grand nombre d'observations absolument personnelles, c'est-à-dire dans lesquelles je pouvais certifier avoir assisté à l'accouchement, fait ou vu faire la ligature, pesé ou vu peser l'enfant. Je fus donc très-heureux d'obtenir l'aide intelligent et attentif de Mlle Pépin, qui non-seulement fit la ligature comme nous en étions convenus d'avance, mais qui voulut bien surveiller elle-même la première pesée et l'enregistrer soigneusement.

Quant aux autres pesées, je les fis toutes moi-mêmes, ordinairement assisté par les externes du service. Le plus souvent, je commençai les pesées le lendemain de la naissance, contrôlant ainsi la première pesée; je les ai faites quelquefois tous les jours, mais le plus souvent tous les deux jours, consignant soigneusement toutes les modifications que pouvait présenter la santé de l'enfant.

Cette méthode des pesées est passible de très-nombreux reproches; je ne me le dissumule pas. Certes, ce qui domine, et de beaucoup, dans les conditions qui améliorent ou qui compromettent la santé de l'enfant, c'est l'allaitement. J'y ai veillé d'une façon tout à fait particulière. Je n'ai pas tenu compte des cas où l'allaitement était insuffisant. Mais il y a encore des conditions si nombreuses qui peuvent modifier l'état sanitaire des enfants, que les conclusions d'un travail tel que celui que j'entreprenais ne pouvait avoir de valeur qu'appuyées sur un très-grand nombre d'observations.

Je notai avec soin, entre autres troubles présentés par l'enfant, l'ictère dont il pouvait être atteint, et je ne considérai comme ictériques que ceux qui présentaient une coloration jaune très-nette et étendue à tout le corps.

Je recueillis ainsi dans les mois de juin et de juillet 25 observations d'enfants dont la ligature fut pratiquée immédiate-

ment et 25 d'enfants dont la ligature fut pratiquée tardivement.

Il résultait de mes observations que les enfants dont on avait fait la ligature du cordon tardivement, perdaient plus de poids que ceux dont on avait fait la ligature immédiatement. De plus, les enfants à ligature tardive avaient été notablement plus sujets à l'ictère que les autres.

Néanmoins, il s'était glissé, dans mes observations, une cause d'erreur. On pesait les enfants recouverts de la couche avec laquelle on les transporte sur le meuble où on les laisse reposer quelque temps. On les pesait généralement avant ou après leur nettoyage. Les couches n'ayant pas le même poids, il y a là une cause d'erreur bien réelle.

De plus, cette distinction d'un ictère intense et étendu était vague, et on pouvait m'accuser de m'être abandonné d'une façon inconsciente à une idée préconçue et d'avoir laissé pencher la balance d'un côté plus que de l'autre. Les objections qu'on pouvait adresser à cette série d'observations en infirmaient complétement la valeur. Néanmoins, ces observations avaient beaucoup d'importance pour moi et devaient m'encourager à entreprendre une nouvelle série d'observations, offrant plus de garanties.

Les pesées qui seront ultérieurement indiquées et qui forment la base de ce travail appartiennent toutes à des nouveau-nés propres et pesés sans couche.

La fréquence de l'ictère dans le cas où l'enfant a obtenu une quantité plus grande de sang apportait une nouvelle et concluante preuve de l'origine hématique de l'ictère des nouveau-nés. Je réunis ces observations sous le titre suivant : *Considérations sur l'ictère des nouveau-nés et le moment où il faut pratiquer la ligature du cordon;* j'en fis le sujet de mon Mémoire pour le concours des internes, et je le déposai à l'Assistance publique au mois d'août 1877.

Le Mémoire de M. Budin ne m'avait pas engagé seul à étudier cette question, et à la fin de l'année dernière j'eus con-

naissance d'un travail de M. Schücking (1) et ultérieurement d'un autre travail de M. Hélot (2). Zweifel (3) publia aussi une note sur ce sujet.

Schücking et Zweifel se montrent très-favorables aux idées de Budin, tout en modifiant très-légèrement ses conclusions. Ils préconisent la *méthode ancienne* et conseillent de ne faire la ligature qu'après avoir délivré la femme par l'expression utérine.

Hélot craint, sans donner d'ailleurs de raison, qu'on dépasse la limite physiologique en faisant la ligature comme le recommande M. Budin et pense qu'il faut attendre, pour lier le cordon, que la respiration soit parfaitement établie depuis quelques instants.

Je profiterai largement, dans l'exposé qui va suivre, des diverses recherches de ces auteurs.

Comme je l'ai expliqué précédemment, on voit que j'ai l'intention, dans ce travail, non-seulement d'étudier l'importance du mode qui consiste à lier le cordon plus ou moins tardivement, mais encore d'étudier les rapports du mode de la ligature avec la production de l'ictère des nouveau-nés.

Mon travail comporte donc trois chapitres :

I. De l'ictère simple des nouveau-nés, considéré surtout au point de vue de son pronostic.

II. Du moment où l'on doit pratiquer la ligature du cordon ombilical.

III. De la pathogénie de l'ictère des nouveau-nés.

---

(1) Schücking. *Zur Physiologie der Nachgeburt periode Untersuchungen*, etc. (*Berlin. Klin. Wochens.*, nº 1, nº 2, 1877).

(2) Hélot. *Étude de physiologie expérimentale sur la ligature du cordon* (*Union médicale de la Seine-Inférieure*, 1877).

(3) Zweifel. *Centralblatt für Gynæk.*, 1878.

I

De l'ictère simple des nouveau-nés, considéré surtout au point de vue de son pronostic.

S'il existe un état pathologique observé communément dans l'espèce humaine, c'est certes l'ictère des nouveau-nés. Il est tellement commun que quelques auteurs le considèrent comme un état physiologique. De nombreux travaux ont eu pour but d'étudier l'ictère des nouveau-nés, et cependant son étude est encore actuellement très-peu avancée.

On ne s'entend même pas sur la définition de cet état. Je considère comme ictérique *toute coloration jaune anormale de la peau survenue spontanément.*

J'élimine immédiatement toute coloration consécutive à l'ecchymose. Il est bien évident qu'à la suite d'un travail prolongé, dans les présentations de la face, du siége, de l'épaule, il peut se faire des épanchements sanguins sur la partie qui se présente. Et ces épanchements offrent dans leur disparition des colorations diverses qui aboutissent finalement à la teinte jaune. Kehrer (1), qui a publié un très-intéressant travail sur l'ictère des nouveau-nés, signale encore la coloration jaune qui apparaît sur la conjonctive sclérotidienne et qui est consécutive à l'épanchement du sang que l'on observe si fréquemment en ce point. Cette teinte jaune se distingue à sa forme semi-lunaire, à sa situation sur le bord du repli conjonctival, à sa disparition de la périphérie au centre, à sa coloration différente des parties voisines.

Il est important d'être prévenu de la possibilité de cette erreur, afin de ne pas rapporter à l'ictère la coloration des conjonctives consécutive à une ecchymose.

---

(1) Kehrer. *Studien über den Icterus Neo-Natorum* (*Œster. Jahrb. für Pædiat.* 1871, p. 71).

Kehrer étudia six cent quatre-vingt-dix nouveau-nés, surtout au point de vue de l'étiologie de l'ictère qu'on observe dans le premier âge. Mais il ne considère comme ictériques que les enfants dont les conjonctives sont jaunes. Je ne puis accepter cette distinction; je le regrette vivement, car je ne pourrai profiter du travail de cet auteur aussi largement que je l'aurais désiré.

Lorsque l'enfant vient au monde, il est pâle, et au bout d'un certain temps, sous l'influence de l'air, ses capillaires cutanés se congestionnent très-vivement, et il présente une coloration plus ou moins marquée. Certains enfants sont roses; d'autres au contraire ont une coloration rouge intense, qu'ils conservent les jours qui suivent. Cette coloration est dans certains cas tellement prononcée, que les anciens auteurs lui assignaient un caractère inflammatoire, érysipélateux.

Cette coloration d'ailleurs disparaît peu à peu et vers le cinquième ou le septième jour, quelles qu'aient été les variétés de teinte primitive de l'enfant, elles aboutissent toutes à une coloration très-analogue.

Chez les enfants pâles ou roses, l'apparition de la coloration jaune est manifeste et peut être très-facilement reconnue. Chez les enfants rouges, lorsque la teinte jaune est très-prononcée, la coloration primitive n'est plus aussi franche et devient orangée. Lorsque la jaunisse est très-peu prononcée, il est souvent difficile de la reconnaître. Le meilleur moyen est de comprimer la peau sur un point déterminé; la pression du doigt chasse le sang, et alors on peut constater la coloration du *fond de la peau*. C'est ainsi que l'on reconnaît si la coloration rouge coexiste avec la coloration jaune. J'avoue cependant qu'il y a des cas où il est très-difficile d'affirmer absolument qu'un enfant est atteint d'ictère.

Si l'on ouvre les traités de médecine légale, on voit que la jaunisse est donnée comme un caractère présenté par tous les nouveau-nés. J'ai rencontré quelques enfants qui, bien certainement, n'ont pas jauni, et qui ont conservé une coloration blanche bien évidente. Il y a des cas où la teinte est si peu

accusée qu'elle est négligeable. Je n'ai souvent observé les enfants que tous les deux jours. Il se peut que j'aie considéré comme n'ayant pas jauni des enfants dont la teinte anormale a été très-passagère.

L'ictère présente des variétés très-considérables dans son intensité, dans sa teinte, dans son étendue et dans sa durée. Il est absolument nécessaire d'établir des divisions, des degrés qui permettent de distinguer ces cas les uns des autres.

Tout d'abord, j'avais divisé l'ictère des nouveau-nés en trois degrés, et j'avais pris comme caractéristique du second et du troisième degré la coloration jaune des conjonctives.

J'ai dû absolument rejeter cette distinction, car je me suis bientôt aperçu que si la coloration des conjonctives coïncidait ordinairement avec l'intensité de la coloration jaune de la peau, elle n'était nullement en rapport avec son étendue. De plus, il est souvent difficile d'examiner les conjonctives du nouveau-né, qui ferme vivement ses paupières lorsqu'on cherche à les entr'ouvrir, et les efforts que l'on fait pour les écarter n'aboutissent ordinairement qu'à faire saillir les conjonctives palpébrales, qui restent contiguës. Celles-ci sont si rouges chez le nouveau-né, que l'on ne peut pas y constater la coexistence de la coloration jaune. C'est la sclérotique qu'il faut chercher à voir. Lorsque l'enfant est tranquille, il ouvre spontanément les yeux, et l'on peut alors observer à son aise sa conjonctive sclérotidienne. C'est ordinairement le parti qu'il faut prendre. En attendant patiemment, on saisit le moment où l'enfant ouvre les yeux. Ordinairement, pendant que l'externe mettait les poids sur la balance, j'observais attentivement l'enfant dans ce but.

Dans son degré le plus atténué, dans le *premier degré* de la jaunisse, la coloration n'existe que sur la poitrine, le dos et le visage. Elle ne commence pas sur ces différents points en même temps ; elle débute ordinairement par le visage; mais je l'ai souvent observée dès le début sur la poitrine. Elle y est généralement plus accusée que sur les autres régions. Dans le premier degré, la teinte est très-atténuée, et les conjonctives

sont toujours blanches. Sa durée est très-courte. L'ictère apparaît ordinairement dès la fin du premier jour, et il est complètement disparu le troisième ou le quatrième jour.

Dans le *second degré*, l'ictère est plus étendu; l'abdomen et quelquefois le segment supérieur des membres sont jaunes. Les mains et les pieds, le plus ordinairement les jambes et les avant-bras, ne le sont pas. Les conjonctives sont ordinairement jaunes. Lorsqu'on fait ouvrir la bouche à un enfant, on observe sur sa voûte palatine deux plaques latérales qui sont pâles. Dans l'ictère au deuxième degré, ces plaques ont une coloration ordinairement jaune. J'ai observé plusieurs cas où, avec un ictère très-étendu, les sclérotiques étaient restées blanches. Je ne conçois pas comment Kehrer n'a pas étendu d'une façon plus générale ses observations, et pourquoi il a considéré ce caractère comme distinctif de l'ictère du nouveau-né. Les cas d'ictère du deuxième degré, où les sclérotiques étaient restées blanches, différaient des cas du premier degré, en ce que la coloration anormale plus étendue existait non plus seulement sur la face et la poitrine, mais encore sur l'abdomen et quelquefois sur le segment supérieur des membres supérieurs ou inférieurs. Dans le deuxième degré, l'intensité de la coloration jaune est plus accentuée que dans le premier. Le début de l'ictère survient aussi très-rapidement, mais il dure plus longtemps. Il persiste de trois à six jours et est presque toujours complètement disparu le sixième ou le septième jour.

Dans le *troisième degré*, l'ictère est généralisé; je distinguai ce degré du précédent à la coloration jaune des mains et des pieds. Il y a souvent des difficultés pour faire cette distinction. La teinte est toujours beaucoup moins accusée dans ces deux régions que dans les autres parties du corps, et il est quelquefois très-difficile de se prononcer. De plus, les mains sont souvent rouges, et on est obligé de chasser le sang par la pression du doigt pour reconnaître la coloration du fond de la peau. Il m'a suffi, pour ranger un cas d'ictère dans le troisième degré, de constater la coloration soit sur les mains, soit sur les pieds. Cependant j'ai vu quelques cas où l'une de ces deux régions a

échappé à l'ictère, de telle sorte que cette désignation d'ictère généralisé n'est pas exacte dans tous les cas; elle souffre quelques exceptions. Tantôt ce sont les mains qui se colorent les premières, tantôt ce sont les pieds. Les ongles sont tellement rouges chez l'enfant, que j'ai renoncé à déterminer s'ils présentent simultanément une coloration jaune.

Underwood (1) ne croit pas que les ongles participent à la coloration jaune de la peau, même dans les ictères les plus prononcés et les plus étendus. La coloration est beaucoup plus marquée dans ce degré que dans les précédents. Mais elle présente à ce sujet deux variétés bien distinctes. Dans la première variété, la coloration, tout en étant plus marquée que précédemment, conserve cependant la même teinte. Dans la seconde variété, la coloration est beaucoup plus intense et tourne un peu au verdâtre. Dans une des observations dont je donnerai la relation, l'enfant était très-pâle et d'un jaune verdâtre très-accusé, surtout en certains points, comme aux ailes du nez. C'est dans cette deuxième variété que l'on constate du pigment biliaire dans les urines. Dans la première variété, on n'en constate jamais. Ici se réalise donc cette observation de M. Gubler, qui distingue nettement les ictères hémaphéïques et les ictères biliphéïques, d'après l'intensité et les caractères de la coloration de la peau. Dès la fin du premier jour il débute comme précédemment, mais sa durée est beaucoup plus longue, et il n'était pas rare de voir l'ictère persister au moment de la sortie de l'enfant, c'est-à-dire vers le neuvième ou le dixième jour.

Ainsi donc, cette distinction des trois degrés de l'ictère est justifiée par les caractères de la coloration, par son étendue, par sa durée, variables dans chacune de ces catégories. Nous verrons plus tard que leur valeur pronostique est encore différente.

---

(1) Underwood. *Icteria, or Infantile Jaundice* (*Diseases of Children*, 1866).

J'ai pris l'observation de 248 enfants à partir du mois d'août 1877. Voici la proportion dans laquelle j'ai observé l'ictère aux différents degrés que je viens de décrire :

	Août.	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Enfants n'ayant pas jauni.	13	14	6	4	13
Enfants ayant eu de l'ictère au 1er degré. . .	6	7	5	7	9
Enfants ayant eu de l'ictère au 2e degré . . .	21	16	21	18	15
Enfants ayant eu de l'ictère au 3e degré. . .	11	13	12	20	17
	51	50	44	49	54

Ces observations ne comprenant pas tous les enfants qui sont nés dans les mois indiqués, on ne peut se servir de la statistique précédente pour indiquer l'influence saisonnière sur la production de l'ictère.

Si nous prenons les totaux de chacune des catégories précédentes, voici les chiffres pour 100 que l'on obtient :

Enfants n'ayant pas jauni.	50	20,16 pour 100
Enfants ayant présenté de l'ictère au 1er degré.	34	13,71 pour 100
Enfants ayant présenté de l'ictère au 2e degré.	91	36,69 pour 100
Enfants ayant présenté de l'ictère au 3e degré.	73	29,50 pour 100
	248	

On voit donc que l'ictère est très-commun chez le nouveau-né, puisqu'on l'observe 79,90 fois pour 100, par conséquent dans les huit dixièmes des cas. La fréquence relative des différents degrés d'ictère montre de plus que l'ictère au deuxième degré est beaucoup plus commun, que l'ictère au premier degré est le plus rare.

Si j'ai insisté autant sur la coloration de la peau chez les ictériques et sur ses différents caractères, c'est que ce symptôme constitue, à proprement parler, à lui seul, tout l'état morbide.

J'ai cherché quelque symptôme distinctif des divers degrés, quelques différences symptomatiques. Mon examen ne m'a pas donné de résultat positif.

L'appareil digestif ne m'a rien présenté de particulier. Les

fèces ont présenté certainement les caractères les plus divers dans leur abondance; dans leur coloration, qui a varié depuis le jaune le plus normal, verdissant ou ne verdissant pas à l'air, jusqu'à la coloration verte; dans ses caractères, depuis la fluidité diarrhéique jusqu'à la constipation que j'ai observée dans quelques rares circonstances. L'expulsion du méconium ne m'a rien présenté de particulier. L'appétit de l'enfant a été susceptible des variétés les plus nombreuses. La palpation et la percussion du foie ne m'ont donné aucune notion spéciale.

L'appareil circulatoire n'a rien présenté d'anormal. J'ai bien souvent cherché à compter les pulsations de l'enfant, longtemps après le tétée et pendant le sommeil, de façon que les battements cardiaques, si facilement augmentés sous l'influence de la cause la plus légère, ne soient pas influencés. Je n'ai pas constaté de diminution du pouls. Comme il est assez difficile de compter le pouls chez l'enfant, je les auscultais, et je comptais ainsi les battements du cœur, et je n'ai rien observé digne d'être noté.

J'ai certainement observé de nombreuses éruptions chez l'enfant, des pemphigus, des érythèmes, de l'acné, des sudamina; aucune d'elles ne m'a paru liée à l'ictère. La sécheresse de la peau, la desquamation n'ont présenté aucune particularité, ni chez les enfants ictériques, ni dans les divers degrés de l'ictère.

Donc aucun symptôme spécial n'accompagne l'ictère. J'insiste surtout sur ce point que les matières fécales étaient toujours mélangées à de la bile et que le foie ne présentait aucune tuméfaction, aucune sensibilité particulière, sauf dans un cas dont je publierai l'observation.

Les caractères de l'urine chez les enfants ictériques demandent à être étudiés avec le plus grand soin.

L'urine des enfants nouveau-nés présente des caractères très-spéciaux. La première urine expulsée, l'urine fœtale est d'une transparence remarquable; elle est aussi incolore que l'eau la plus limpide. L'urine des jours suivants et même celle de la première miction après la naissance est colorée. Cette

coloration spéciale de l'urine est variable suivant la quantité d'urine rendue. Pendant les premiers jours, il est assez ordinaire que l'urine soit très-sédimenteuse. Ces sédiments proviennent certainement au moins en partie des concrétions qui distendent les tubuli quelque temps après la naissance et qui, lorsqu'ils sont très-abondants, constituent ce que Schlossberger et Virchow ont désigné sous le nom d'infarctus uratiques. Ces sédiments urinaires sont constitués de substances diverses, mais en grande partie d'urate de soude; j'y ai souvent rencontré des carbonates. Il serait utile de les étudier et d'y rechercher les cristaux d'hématoïdine ou des traces de pigment pulvérulent. Mon attention n'était fixée sur ce point, et je n'ai pas fait cette recherche, qui aurait cependant pu me fournir des arguments pour la doctrine pathogénique de l'ictère que j'ai l'intention de soutenir. Je trouve cependant dans mes notes une observation dépourvue de détails suffisants. Dans un cas où je recherchais la nature des sédiments observés dans une de ces urines, l'acide nitrique colora en noir verdâtre de petites masses pulvérulentes. Au microscope, je reconnus qu'ils étaient constitués par des amas irréguliers de granulations. Ils n'avaient pas la forme de cristaux. L'enfant dont j'étudiais l'urine était atteint d'un ictère très-prononcé, d'un ictère au 3e degré. Les urines ne présentaient d'ailleurs pas la réaction caractéristique de la bile. D'ailleurs, MM. Parrot et A. Robin ont fait à ce sujet des recherches importantes (1). Ces auteurs décrivent dans l'urine des nouveau-nés ictériques :

1° Des masses jaunes, des cristaux aciculaires, ressemblant au premier abord aux cristaux de bilirubine signalés par Orth, mais en différant essentiellement par leurs réactions; M. A. Robin est porté à croire que ces masses jaunes sont constituées principalement par de l'hémaphéine;

2° Des cristaux d'hématoïdine et des amas pigmentaires

(1) Dreyfus-Brissac, *De l'ictère hémaphéique*. — Thèse de Paris, 1878, p. 90.

d'origine vraisemblablement hématique : détail d'autant plus intéressant que l'hématurie proprement dite est rare chez le nouveau-né en dehors de la tubulhématie;

3° Des sphérules d'urate de soude.

Mais il faut bien faire remarquer que MM. Parrot et A. Robin n'ont probablement observé que d'une façon exceptionnelle des enfants âgés de 1 à 3 jours, qu'ils observaient des enfants plus âgés. Il doit certainement y avoir quelque particularité intéressante dans l'étude de ces sédiments de l'urine des premiers jours.

A partir du troisième jour (1), la quantité d'urine émise journellement devient tout à coup plus abondante, et ses caractères changent. Chez un enfant bien portant, les sédiments disparaissent, même lorsqu'il a de l'ictère; son urine devient transparente; elle est inodore. Lorsque l'enfant est ictérique, et quel que soit le degré de son ictère, le plus généralement, car je n'ai trouvé que trois exceptions à cette règle, la coloration de l'urine n'est pas modifiée.

M. le professeur Gubler a bien insisté sur les colorations que présente l'urine ictérique chez l'adulte. Elles sont variables suivant que l'ictère est de nature hémaphéique ou biliphéique.

L'urine biliphéique est d'un jaune doré, présente par l'agitation des reflets verdâtres; elle possède une puissance colorante considérable; elle laisse sur le linge des taches jaunes verdâtres très-accusées.

L'urine hémaphéique est d'un jaune ambré avec une teinte brunâtre plus ou moins accusée, et, lorsqu'on l'agite, on n'y constate que des reflets jaune rougeâtre, légèrement brunâtres. Son pouvoir tinctorial est faible. Elle laisse sur le linge des taches jaune rougeâtre, que M. Gubler compare à celles du melon ou du saumon.

Enfin, d'une façon générale, plus l'ictère est prononcé, plus

(1) A. Martin et C. Ruge, *Zeits. für Geburts u. Frauenkrank.* B. I; et Cruse, *Jahrb. für Kinderheilkunde*, vol. XI, fasc. 4.

aussi la puissance colorante de l'urine est ou a été, à un moment donné, considérable.

Chez le nouveau-né ictérique, nous ne trouvons pas ces caractères spéciaux de la coloration de l'urine. Bien entendu, je ne parle ici que des enfants atteints d'ictère simple. Je n'ai trouvé cette coloration foncée de l'urine biliphéique que dans trois cas.

M. Gubler a encore insisté sur les réactions que présentent les urines ictériques. Lorsqu'on verse lentement de l'acide nitrique le long de la paroi d'un verre contenant de l'urine ictérique d'un adulte, on obtient encore des réactions différentes suivant qu'on essaye une urine biliphéique ou une urine hémaphéique.

Dans l'urine biliphéique, l'acide nitrique produit une coloration verte, passant successivement par une série de teintes dans l'ordre du prisme, bleu, violet, rouge. Dans l'urine hémaphéique, il produit une coloration rouge brunâtre, d'une intensité variable, comparable aux veines sombres de l'acajou vieilli, d'autres fois une teinte rubis très-nette.

J'ai examiné un nombre considérable d'urines de nouveau-nés, et je puis dire que je n'ai pas laissé passer un cas d'ictère du 3e degré un peu intense sans examiner l'urine de l'enfant. Dans la très-grande majorité des cas, on constate seulement un diaphragme d'une minceur quelquefois extrême, d'une coloration ordinairement rouge, plus ou moins intense, quelquefois très-pâle, d'autres fois très-foncée. Dans d'autres circonstances, ce diaphragme est constitué par la superposition de deux substances colorantes : l'inférieure est rouge, la supérieure est bleuâtre sale.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans un certain nombre de cas, au-dessus du diaphragme se trouve un bande beaucoup plus épaisse, variant, bien entendu, avec la quantité d'urine examinée, d'une coloration grisâtre, que M. Gubler compare avec juste raison à la teinte de la sépia diluée. Cette teinte est tout à fait caractéristique et indique l'existence dans l'urine d'un pigment différant de celui que l'on trouve ordinairement

et que l'on peut rapporter à l'hémaphéine. J'ai rencontré assez rarement cette coloration noirâtre, je ne l'ai constatée que dans des urines d'enfants ictériques au 3e degré.

Dans trois cas seulement, j'ai observé la réaction caractéristique du pigment biliaire dans l'urine des nouveau-nés. Je vais donner la relation de ces observations à cause de leur rareté.

OBS. I. (résumé) (1).—Curmin (Adrienne), syphilitique, accouche à terme d'un garçon atteint de lésions osseuses multiples de nature syphilitique et de fractures spontanées des os.

Naissance le 9 juin 1877.

Le 10 juin. L'enfant commence à jaunir.

11. La coloration est marquée et généralisée. La congestion cutanée n'est pas très-considérable.

L'urine est très-colorée; je n'ai jamais vu d'urine ictérique aussi colorée et laissant une tache aussi évidente sur le linge. Plusieurs fois, l'enfant urine sous mes yeux; je suis donc bien certain que la coloration du linge n'est pas due au mélange de l'urine avec des matières fécales.

Quantité notable d'albumine, et coloration vert clair, pistache, par l'addition d'acide nitrique. Cette coloration est très-spéciale; ce n'est pas cette coloration vert foncé que l'on constate chez l'adulte, mais vert clair, d'une grande richesse colorante.

12. L'enfant n'est pas déshabillé, ni pansé, à cause de ses fractures multiples. Il dépérit bien évidemment. Diarrhée verte. On est donc bien sûr qu'il n'y a pas oblitération des canaux biliaires. Coloration jaune intense, foie volumineux, douloureux à la pression.

Jours suivants, dépérissement rapide.

17. Mort.

Autopsie. — Le foie, est très-volumineux, remplit les deux hypochondres. Il présente une coloration verdâtre foncé. Cette coloration est aussi nette à la superficie de l'organe que sur une de ses coupes; elle ne résulte donc pas d'une action de l'air, On ne peut pas non plus l'attribuer à une altération cadavérique, puisque l'autopsie a été pratiquée trois heures après la mort de l'enfant. On ne constate

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1877.

rien de particulier sur le trajet des vaisseaux sanguins au niveau du tissu hépatique, ni sur le trajet des canaux biliaires jusque dans le repli péritonéal gastro-hépatique. Cette altération est analogue à celles qu'a décrites M. Hervieux dans sa thèse.

Tous les tissus sont teints en jaune.

Obs. II. — Meistre (Louise), 29 ans, bien portante, ne présente aucune trace de syphilis; dernières règles du 19 au 24 novembre 1876; premières douleurs le 15 août 1877; accouchement en 16 heures 1/2, le 16 août, d'une fille se présentant par le sommet en O. I. G. A.; pesant 3,410 gr. L'enfant, en venant au monde, est recouvert d'une épaisse couche de matière sébacée jaune brun; les eaux étaient très-brunes; on n'a aucun autre renseignement à ce sujet. L'accouchement a eu lieu pendant la nuit, et je signale la coloration de matière sébacée, parce que le lendemain j'en ai retrouvé quelques traces au niveau du sillon des ailes du nez et dans le creux de l'orbite, en dedans de la commissure interne des paupières. L'infirmière dit que la matière sébacée qui le recouvrait avait partout laissé une coloration. Sa peau était jaune dès sa naissance et dans toute son étendue.

Donc, *ictère congénital.*

Le jour de sa naissance, on recueille un peu d'urine qui est très-colorée. Elle est très-acide et présente la teinte des urines biliaires. Elle est chargée de sédiments qui paraissent en grande partie composés de carbonates; ils font effervescence par l'acide nitrique, qui détermine un disque évident d'acide urique.—Au-dessus de la bande rouge, on constate une bande qui est verte et paraît bien déterminée par la réaction du pigment biliaire.

L'enfant présente une coloration jaune très-étendue, très-foncée, beaucoup plus foncée qu'on ne le constate ordinairement dans l'ictère du troisième degré. La peau n'est pas très-congestionnée. Le reflet de la peau n'est pas verdâtre. C'est une coloration jaune, écorce de grenade. Les conjonctives sont très-nettement jaunes. Voûte palatine jaune. Le foie est très-volumineux. On le sent très-bien par la palpation abdominale; il est bien certainement lésé.

17. Même coloration de la peau. P. 3,270 gr. L'urine tache bien évidemment le linge en jaune. Je suis bien sûr que ces taches jaunes ne sont pas déterminées par le mélange de l'urine et des matières fécales. Celles-ci contiennent encore beaucoup de méconium et ont une coloration marron foncé.

L'urine de l'enfant est très-colorée; elle contient des sédiments urinaires composés d'urates, puisqu'ils se redissolvent en partie à chaud, et de carbonates, puisqu'ils font effervescence avec l'acide nitrique. La présence du pigment biliaire est nettement accusée par sa réaction caractéristique, qui n'est d'ailleurs pas très-accusée.

18. L'enfant prend bien le sein, mais continue à perdre du poids. Poids, 3,030. Pouls, 129. Température, 38,9. Les matières fécales sont vertes. Les conduits biliaires sont donc perméables.

On ne peut recueillir qu'une très-petite quantité d'urine, qui est très-chargée de sédiments; elle est très-colorée et donne une coloration verte bien évidente par l'addition de l'acide nitrique.

19. L'enfant ne veut plus téter. Matières vertes *couleur épinard cuit.* Raideur du cou; opisthotonos. Jaunisse toujours très-intense. Plaques ptérygoïdiennes. Urine très-colorée; elle tache très-nettement le linge. On ne peut en recueillir que quelques gouttes qui donnent une coloration verte intense par l'addition de l'acide nitrique.

20. Même état, mêmes caractères des urines. L'enfant ne digère pas très-bien, et au milieu de ses matières fécales, ayant toujours la même coloration verte, on constate des fragments blancs de caséine non digérée.

Poids, 2,920. Température, 38°.

21. Même état. Les sécrétions sont jaunâtres; le mucus vaginal a une coloration jaune évidente; conjonctivite droite; le pus est coloré en jaune assez foncé.

22. Poids, 2910. Pendant que je le pèse, il est pris de convulsions; la nourrice me dit qu'il y était très-sujet. La raideur du cou persiste toujours; toujours mêmes caractères des urines. Elles sont tellement chargées de sédiments, que les langes de l'enfant s'encroûtent de petits amas pulvérulents rougeâtres, très-abondants. Il devait y avoir auparavant de l'albumine dans l'urine de cet enfant, mais il était difficile de la reconnaître, à cause des sédiments; elle y est constatée aujourd'hui en grande abondance.

Le 23. L'enfant pâlit beaucoup depuis quelques jours : il semble alors que sa jaunisse diminue; mais ce n'est là qu'une apparence qu'explique d'ailleurs fort bien la diminution de la congestion cutanée. Poids 2,900.

Quantité considérable d'albumine dans l'urine; toujours les mêmes caractères de l'urine et des fèces.

Le 24. Il semble que son urine tache moins le linge, mais ce n'est pas bien certain.

Le 25. Poids, 2,830. Même état. L'enfant continue à pâlir; la coloration jaune de sa peau prend un reflet verdâtre en certains points; cette teinte est d'ailleurs assez peu prononcée. L'intensité de la coloration jaune est toujours très-marquée et bien plus marquée que dans l'ictère simple du troisième degré.

Le 26. Même état : toujours des convulsions, toujours de la raideur du cou. Un peu moins de sédiments dans son urine.

Le 28. Poids, 2,820; pâleur excessive, coloration jaune toujours aussi netto. La mère demande sa sortie. L'enfant est dans l'état le plus grave, et certainement il succombera.

Obs. III. — Jeanne Favu, femme Dubois, 31 ans; dernières règles du 20 au 25 octobre 1876; premières douleurs le 4 octobre 1877; accouchement en deux heures et demie d'une fille se présentant par le sommet de O. I. G, A., pesant 3,220 grammes; coloration rouge foncé; fond de la peau jaune dès le lendemain; le surlendemain, la peau présente la coloration rouge orangé; le fond de la peau présente une coloration jaune très-nette, étendue à tout le corps; conjonctives jaunes. Examen de l'urine ne donne pas la réaction caractéristique des matières biliaires.

8 octobre. Coloration jaune intense de la peau.

Albumine dans l'urine. En faisant tomber goutte à goutte de l'acide nitrique dans le tube contenant l'urine, on trouve une coloration rouge formant une bande parfaitement nette; pas de pigment biliaire. Poids, 2,840. Enfant prend cependant bien le sein, malgré cette diminution considérable de poids.

Le 9. Enfant n'est pas très-bien portant. Les matières sont fortement colorées en vert foncé, *vert oseille*. Il n'y a donc pas d'oblitérations des canaux biliaires.

Urine contient une très-grande quantité d'albumine; par l'addition de l'acide nitrique, on constate au-dessus du disque rouge une coloration noirâtre, *sépia diluée*. Bien certainement ce n'est pas la réaction du pigment biliaire.

Le 10. Même état. L'enfant va moins bien; il prend moins bien le sein. Continue à perdre du poids. Poids, 2,700.

Urine. — Dépôt considérable de sédiments solubles en grande partie par la chaleur et constitués en grande partie par des urates; albumine

n très-grande quantité; dépôt salin très-considérable; par l'addition le l'acide nitrique, pas de bile.

Le 14. L'enfant est dans un état de faiblesse extrême. Poids, 2,455. Très-faible et plaintif. Troubles de la respiration et défaillance à la suite de laquelle on craint de le voir mourir. A l'auscultation de la poitrine, on ne constate aucun signe stéthoscopiques bien nets, quelques gros râles. L'enfant a pâli considérablement; la coloration jaune est très-marquée, elle présente un reflet verdâtre, surtout marqué en certains endroits, aux ailes du nez et aux tempes par exemple. Plaques ptérygoïdiennes. Muguet. L'enfant refuse de prendre le sein. P. 145. T. 38,5.

Urine a une odeur fade, désagréable; elle est très-nettement colorée. Evidemment, ces urines rappellent l'aspect des urines bilieuses. D'emblée, elles contiennent une très-grande quantité de sédiments. Ils ne sont pas constitués par des urates, puisqu'ils ne se redissolvent pas par la chaleur, ni par des carbonates, puisqu'ils ne font pas effervescence par l'addition d'un acide. L'urine est neutre, mais elle contient cependant une très-grande quantité de pus; elle se prend en masse visqueuse par l'addition de l'ammoniaque.

Quantité très-considérable d'albumine. Par l'addition d'acide nitrique, on constate pour la première fois la réaction du pigment biliaire; coloration verte bien évidente.

Le 16. L'enfant n'a plus la force de prendre le sein; on est obligé de lui faire couler du lait dans la bouche, qu'il n'avale que partiellement. Amaigrissement considérable. Chevauchement très-notable des os du crâne. Cri voilé. Muguet très-confluent. Enfant pâlit encore, et le reflet verdâtre de la coloration jaune devient de plus en plus évident. Convulsions.

La mère veut absolument quitter l'hôpital. Nous ne savons pas ce qu'est devenu cet enfant. Son état était tellement grave, que bien évidemment il a dû succomber.

Cette observation est très-intéressante, car on peut la rapprocher des faits sur lesquels insiste avec tant de soins M. Gubler. L'une des raisons qui militent pour expliquer par une insuffisance de l'élaboration hépatique la production de l'hémaphéine est que l'on observe chez les adultes l'apparition de l'hémaphéine dans l'urine avant la réaction caractéristique

du pigment biliaire, et que d'autre part, dans des ictères biliphéiques, lorsqu'on ne trouve plus de pigment biliaire dans l'urine, on peut encore y trouver de l'hémaphéine avant que la guérison soit définitive. Dans l'observation précédente, on constate cette teinte sépia diluée, qui paraît être la réaction de l'ictère hémaphéique chez le nouveau-né avant l'apparition du pigment biliaire.

Ainsi donc, sur 248 enfants que j'ai observés, sur 198 enfants ictériques, je n'ai trouvé de réaction du pigment biliaire que dans trois cas. On peut donc dire que chez les nouveau-nés, on ne rencontre l'ictère biliphéique que de 1 à 1 fois 1/2 pour 100; l'ictère biliphéique est donc très-rare chez le nouveau-né.

Enfin, dans l'urine des nouveau-nés, on constate fréquemment la présence de l'albumine. C'est un point sur lequel a insisté Virchow et qu'ont étudié A. Martin, C. Ruge et Cruse dans ces derniers temps. Cette fréquence de l'albumine a même engagé ces auteurs à considérer l'albuminurie chez les nouveau-nés comme un phénomène physiologique.

Je l'ai en effet bien souvent constaté dans mes observations. Je regrette de n'en avoir pas fait mention avec suffisamment de soin dans mes notes, pour donner des chiffres sur sa fréquence. Cependant l'albuminurie est loin d'être un phénomène aussi commun que ces auteurs l'affirment. Comme l'ictère, il me semble constituer un phénomène pathologique variable, d'importance nulle, comme l'ictère léger, mais cependant un phénomène pathologique.

Je n'ai observé que deux cas où l'ictère a présenté une nouvelle recrudescence, quoiqu'il ait déjà commencé à disparaître. Ce sont des cas très-rares. — Kehrer signale aussi ce fait comme exceptionnel.

III

De la pathogénie de l'ictère des nouveau-nés.

La pathogénie de l'ictère des nouveau-nés est encore bien obscure.

Je l'aborde immédiatement laissant de côté l'historique de cette question.

Après avoir soutenu la doctrine hématique de l'ictère des nouveau-nés, je chercherai à interpréter, à l'aide des notions qu'elle peut nous fournir, la production de l'ictère à la suite de la ligature immédiate ou tardive du cordon, la cause des variétés que présentent dans leur état sanitaire les enfants qui jaunissent ou qui ne jaunissent pas, l'étiologie et la marche de l'ictère.

On a cherché à expliquer l'ictère des nouveau-nés par trois théories : 1° par la congestion de la peau ; 2° par la résorption de la bile : ictère biliphéique ; 3° par les modifications survenues dans le sang : ictère hémaphéique.

1° *Doctrine de l'ictère par congestion cutanée.* — Sans tenir compte des opinions qui ne sont plus aujourd'hui soutenues par aucun auteur, on croyait, avant Billard, que l'ictère était ordinairement dû à la résorption des principes colorants de la bile par le sang.

Levret et Breschet doivent être considérés comme ayant devancé Billard dans la théorie de l'ictère par congestion de la peau. Voici ce que dit Breschet « Je présume aussi que l'ictère est occasionné bien moins par la bile que par le sang, et je fonde cette opinion sur des observations d'anatomie pathologique recueillies à l'hospice des Enfants-Trouvés, sur le cadavre des nouveau-nés ictériques. On sait qu'une teinte jaunâtre se manifeste constamment, à un degré plus ou moins fort, peu de temps après la naissance. Doit-on croire que la bile en soit

la cause? N'est-il pas plus naturel d'attribuer ce phénomène aux changements qui se passent dans la circulation? La teinte jaune produit l'erreur; mais il est certain qu'elle peut dépendre du sang. *Ne savons-nous pas que, dans les contusions légères ou dans celles chez lesquelles la résolution est presque entière, la peau, au lieu d'être bleuâtre ou noire, offre une teinte jaune?* »

On considère ordinairement Breschet comme le promoteur de la doctrine hématique de l'ictère. On voit, d'après cette citation, qu'il ne comprenait pas cette doctrine comme on la conçoit aujourd'hui et telle que nous allons l'exposer. Gardien adopte l'opinion de Breschet.

Billard a insisté sur ce point; il fit voir que c'étaient les enfants rouges qui présentaient une teinte ictérique des parties du corps les plus congestionnées, et cette observation passa pour une preuve sans réplique. Il admet d'ailleurs que l'ictère peut dépendre d'une cause générale, mais que le plus souvent la coloration jaune était localisée sur une partie des téguments, même limitée, et que souvent les sclérotiques conservaient leur coloration blanche normale. Pour lui, donc, l'ictère n'est que la conséquence de cette congestion intense des téguments, et il est décelé par la coloration rouge-orangé qui succède à la coloration rouge. On peut s'en convaincre en chassant le sang par une pression modérée; alors cette coloration fait place à la coloration jaune qui en est le fond même. La matière colorante du sang fait issue hors des vaisseaux; elle s'épanche dans les tissus, et l'ictère n'est pas autre chose qu'une ecchymose.

Cette théorie, très-séduisante, fut admise soit absolument, soit en partie par Valleix et par Andral. L'autorité des deux illustres professeurs ne tarda pas à la vulgariser, mais pour un instant seulement.

M. Hervieux (1) n'accepte pas la doctrine de Billard : l'ictère local. Pour lui, *tous les tissus d'un enfant ictérique peuvent être colorés, cette coloration est d'autant plus intense que les tissus*

(1) Hervieux, Thèse de Paris, 1847.

examinés ont une vascularisation plus riche. Sa thèse s'appuie sur l'autopsie de 44 enfants ictériques, et examinant tous les tissus les uns après les autres, il démontre sa manière de voir.

Mais les preuves fournies par M. Hervieux, où sont-elles prises? A l'hospice des Enfants-Assistés. — Dans quelles conditions? Sur des enfants gravement malades, dans des cas d'ictère grave (1) du nouveau-né. L'observation de Billard est cependant bien exacte. Aucun des arguments de M. Hervieux n'est applicable à cet ictère simple, qui survient si fréquemment (dans les 8|10 des cas) chez le nouveau-né. Cet ictère simple est bien spécial aux nouveau-nés; il ne ressemble en rien aux observations d'enfants ictériques qui ont fourni à M. Hervieux l'occasion d'autopsies si nombreuses.

Les mêmes remarques s'appliquent à la thèse de Porchat (2), qui observe, dans le même hospice, les mêmes cas d'ictère grave. Il n'admet pas l'ictère du nouveau-né; il n'admet que l'ictère chez le nouveau-né dont la pathogénie est analogue à celle de l'ictère chez l'adulte. Il proteste contre la théorie de l'ecchymose, de Billard.

F. Weber (3) pense qu'une des variétés de l'ictère a pour origine des troubles circulatoires de la peau donnant naissance à des modifications sur place du pigment sanguin. Il n'admet cette variété que pour les enfants très-rouges.

West (4) croit que, dans les cas d'ictère local seulement, le sang de la peau trop congestionnée subit des modifications analogues à celle de la contusion et passe par le jaune avant d'être complétement résorbé.

Picot et d'Espine (5) admettent que l'ictère qu'ils appellent

---

(1) En disant ictère grave, je ne veux établir aucune comparaison avec l'atrophie jaune aiguë du foie. J'emploie cette expression par opposition à l'ictère simple des nouveau-nés, compatible avec un état de santé satisfaisant.

(2) Porchat, Thèse de Paris, 1855.

(3) Weber, *Beitræge zur patholog. Anat. der Neugebor*, 1851.

(4) West, *Traité des maladies des enfants*, 1875, p. 743.

(5) Picot et d'Espine, *Manuel des maladies de l'enfance.*

idiopathique des nouveau-nés est dû à la décoloration de la peau qui survient les premiers jours après la naissance.

Pour Zweifel (1), de la brusque suppression de la pression que l'enfant a subie pendant son passage à travers le bassin, résulte la congestion plus ou moins intense de la peau qu'on observe après sa naissance. Il se peut alors que les globules du sang sortent des vaisseaux et subissent dans la peau des modifications spéciales. Il s'appuie sur les recherches de Kehrer qui assignent une plus grande fréquence de l'ictère chez les primipares. L'ictère chez les enfants avant terme s'explique, suivant lui, par des troubles respiratoires, la congestion veineuse consécutive et l'issue des globules.

La doctrine de l'ictère par ecchymose, par issue des globules, consécutif à la congestion intense de la peau, ne peut être soutenue pour plusieurs raisons.

La plus importante est celle qu'a formulée M. Gubler dans la thèse de Porchat. Si l'ictère des nouveau-nés était dû à une ecchymose, on devrait observer les différentes teintes qui la caractérisent. C'est ce qu'on ne constate jamais.

Enfin, cette théorie ne rend pas compte des cas où les conjonctives sont jaunes; elle n'est applicable qu'aux enfants dont l'ictère est limité au tronc et à la face. On ne peut cependant pas distinguer au point de vue pathogénique les diverses variétés de cet ictère. Est-ce qu'une jaunisse du tronc, étendue à l'abdomen et au segment supérieur des membres, sans teinte appréciable des conjonctives, ne mérite pas à plus juste titre cette désignation qu'une autre jaunisse beaucoup moins étendue, limitée au tronc et au visage avec teinte des conjonctives ?

En dernier lieu, l'observation de Billard sur la concomitance de la rougeur des enfants et de la jaunisse, si elle est exacte dans la généralité des cas, souffre des exceptions qui lui ôtent toute valeur. C'est ainsi que des enfants rouges peu-

---

(1) Zweifel, *Archiv für Gynæk.*, 12 vol, 2e fasc.

vent ne pas jaunir, et inversement des enfants pâles peuvent présenter un ictère très-limité.

Je ne crois donc pas qu'on puisse soutenir actuellement la *doctrine de l'ictère par congestion de la peau.*

2° *Doctrine de l'ictère par résorption de la bile. — Ictère biliphéique.* — Le travail de Baumes est l'un de ceux qui sont le plus souvent cités à propos de l'ictère des nouveau-nés. Cet auteur admet que l'ictère est dû à la rétention du méconium qui obstrue le canal cholédoque et empêche la progression de la bile. L'examen clinique a fait justice depuis longtemps de la doctrine de Baumes.

Kehrer a cru, dans les nombreux résultats statistiques qu'il a publiés, devoir réduire une fois de plus à néant cette hypothèse.

Aujourd'hui, en France comme à l'étranger, presque tous les auteurs admettent que l'ictère des nouveau-nés est d'origine biliphéique. Hervieux, Porchat ont contribué à faire abandonner la doctrine de Billard, d'Andral et de Valleix.

Il est impossible d'expliquer l'ictère par le même mécanisme. Dans un certain nombre de cas, l'urine tache bien certainement le linge; personne ne le conteste plus actuellement; on y trouve la réaction caractéristique du pigment biliaire; les fèces peuvent être décolorées, etc., etc. Enfin, l'ictère présente les caractères de l'ictère biliphéique. Mais cette variété d'ictère est très-rare puisque je n'en ai trouvé que trois cas, à peu près 1 à 1[2 pour 100, 3 pour 250 cas d'ictères observés à l'hôpital Cochin. Ces cas d'ictère sont de nature diverse. Je ne veux pas rappeler les observations très-authentiques d'oblitération et de rétrécissement congénital des voies biliaires. La phlébite ombilicale, l'hépatite, peut-être la péritonite peuvent accompagner l'ictère. Virchow a surtout insisté sur le catarrhe des voies biliaires; il a fait connaître des observations très-nettes, où des bouchons muqueux oblitéraient d'une façon assez complète les canaux biliaires pour que ceux-ci fussent dilatés et colorés au-dessus de l'oblitération, décolorés et aplatis au-dessous.

Cependant on ne peut pas généraliser la théorie de la rétention biliaire. Il s'en faut que, dans les autopsies nombreuses qui ont été faites depuis, on ait retrouvé fréquemment la lésion indiquée par l'illustre anatomiste. Sa manière de voir ne s'applique donc qu'à un des modes de. la production de l'ictère chez le nouveau-né, et à un de ces modes le plus exceptionnels.

Ebstein a décrit l'inflammation des fines divisions des voies biliaires. Kehrer n'a pas su retrouver la lésion décrite par cet auteur.

Les diverses explications qui ont été données sont absolument hypothétiques : rétrécissement congénital des canaux biliaires; sécrétion extra-utérine exagérée des glandes de Henle; contractions insuffisantes du canal cholédoque (Kehrer).

La doctrine de Frerichs a eu un retentissement beaucoup trop considérable pour que nous la passions sous silence.

Pour cet auteur, l'ictère simple des nouveau-nés serait dû au défaut d'apport du sang dans tout le département vascularisé avant la ligature du cordon par la veine ombilicale. Il en résulterait une diminution de tension d'abord dans ce système, puis ensuite dans le système porte avec lequel il est en communication : d'où défaut d'équilibre entre la tension du sang dans les capillaires hépatiques, augmentation relative de tension de la bile dans ses canaux, passage de la bile dans les capillaires sanguins.

Cette théorie de l'ictère des nouveau-nés repose sur une expérience d'Heidenhaim, qui a constaté une diminution de pression dans les canaux biliaires lorsqu'on comprime l'aorte abdominale. Alors, en arrêtant la circulation, on diminue la tension veineuse, et spécialement la tension sanguine dans le foie.

L'expérience d'Heidenhaim est susceptible d'une interprétation absolument opposée. On peut, en effet, dire que la pression de la bile dans ses canaux est moins forte, non parce qu'elle est résorbée, mais parce qu'elle est sécrétée en moins grande quantité. Cette explication est d'autant plus probable

que, à la suite de l'oblitération expérimentale de la veine porte, il semble y avoir diminution de la sécrétion biliaire. Mais, sans soulever cette question si délicate et encore si discutée de physiologie, on peut faire remarquer qu'il y a de nombreux cas d'oblitération pathologique de la veine porte et que l'ictère n'en a pas été la conséquence. Et d'ailleurs, cette diminution de tension sanguine dans le foie existe-t-elle réellement? C'est ce qui n'est pas probable; les anastomoses de la veine porte et de la veine ombilicale sont beaucoup trop considérables pour que la suppression de la circulation ombilicale entraîne des modifications circulatoires durables ou marquées.

Donc, aucune des explications tendant à généraliser la doctrine biliphéique de l'ictère chez le nouveau-né n'est satisfaisante.

D'autre part, certaines objections peuvent lui être adressées, qui démontrent que dans nombre de cas cette doctrine n'est pas exacte :

1° L'absence fréquente de pigment biliaire dans l'urine des nouveau-nés ictériques. M. Vulpian, dans son cours (Ecole de médecine, 1876), n'accepte pas la valeur de cette objection. Il pense que si l'on examinait tous les jours l'urine d'un ictérique, on constaterait à un moment donné la présence de la matière biliaire. J'ai fait cette recherche dans plusieurs cas, et j'ai toujours obtenu un résultat négatif.

2° Leyden affirme que l'ictère n'apparaît que 48 heures après l'obstacle au cours de la bile. Or, il n'est pas rare de constater l'ictère chez le nouveau-né dès le premier jour.

Je conclus donc que *la doctrine biliphéique de l'ictère des nouveau-nés n'est applicable qu'à un nombre restreint de cas de cet état pathologique.*

3° *Doctrine de l'ictère par modifications survenues dans le sang. — Ictère hémaphéique.* — On a cherché à rattacher certaines formes de l'ictère des adultes à des modifications subies par la matière colorante du sang. Ces modifications sont de divers or-

dres, ou bien elles peuvent aboutir au pigment biliaire et donner dans l'urine toutes les réactions caractéristiques de la bile, ou bien elles peuvent aboutir à des pigments intermédiaires qui donnent dans l'urine des réactions spéciales qui ont été rattachées par M. Gubler à l'hémaphéisme.

Du premier ordre de modification du sang, nous n'avons rien à dire; aucun auteur n'a avancé que l'ictère qui s'accompagne de réaction de la bile dans l'urine soit, chez le nouveau-né, d'origine hématique. Nous continuerons à reconnaître ces cas comme appartenant à des ictères biliphéiques.

Du second ordre de modifications du sang, il n'en est pas de même, et de nombreuses opinions se sont fait jour. Nous allons les analyser :

La doctrine hématique de l'ictère des nouveau-nés repose sur deux ordres de preuves, des preuves anatomiques, des preuves cliniques.

Preuves anatomiques. — Dans ses recherches si intéressantes sur les infarctus uratiques du nouveau-né, Virchow décrit d'abord les caractères de ces infarctus (1). Ils se distinguent par des bandes d'une coloration rouge sombre sale sur le tissu rénal, qui correspondent aux canalicules urinaires. L'examen microscopique apprend que les cellules épithéliales sont fréquemment colorées par de l'hématoïdine diffuse. C'est un *pigment* pulvérulent qui infiltre absolument ces cellules et leur noyau. On trouve encore des amas de volume très-variable, grands ou petits, rarement disséminés, brun foncé, rouges ou jaunes. On retrouve ces petites masses aussi bien que les cellules dans l'urine, avec de l'urate d'ammoniaque, dont on peut se débarrasser par l'addition de la potasse qui désagrège seulement l'hématoïdine. On pourrait d'abord prendre cette substance colorante pour du pigment biliaire; mais, lorsqu'on a bien enlevé toute

(1) Virchow. *Verhandlungen der gesellschaft für Geburtshülfe*, 1847 (*Archiv für patholog. Anat. und Phys. und Klinis. medicin*, I, p. 419).

la potasse en excès et qu'on ajoute de l'acide nitrique, on voit apparaître les colorations suivantes : rouge-brun, écarlate, violet foncé et jaune, ou bien brun, violet foncé bleu, brun foncé, brun clair. Ces réactions sont différentes des réactions du pigment biliaire. Il a encore constaté des cristaux dans la substance rénale, et il pense qu'ils sont dus à la régression de petits foyers hémorrhagiques.

S'appuyant sur d'autres recherches au sujet des pigments du sang, Virchow soutint d'abord l'origine hématique de l'ictère.

Plus tard, Zenker, Funke et d'autres auteurs montrèrent que les matières colorantes de la bile traitées par certains réactifs pouvaient produire des cristaux analogues à l'hématoïdine ; en même temps, Virchow constatait, dans certaines autopsies, l'oblitération des canaux biliaires, chez le nouveau-né, par des bouchons muqueux. J'ai déjà fait allusion à ce travail précédemment.

Virchow (1) abandonna donc la doctrine hématique de l'ictère des nouveau-nés, et voici dans quels termes :

« Mes recherches ultérieures m'ont de plus en plus convaincu que la seule cause de l'ictère réside dans un obstacle mécanique au cours de la bile. Je me suis convaincu que, chez le nouveau-né, toutes les fois qu'il s'agit d'un *véritable ictère*, c'est-à-dire que les mailles du tissu cellulaire contiennent une sérosité présentant les réactions caractéristiques, presque toujours il s'agissait d'un ictère catarrhal, compliquant une gastro-duodénite. Cela n'est pas seulement exact dans les *formes les plus simples d'ictère, comme à la suite de sclérème*, mais encore pour l'ictère grave, où le foie est très-ictérique et où la mort survient par hémorrhagie cérébrale. J'ose donc à peine soutenir la nature dyscrasique de l'ictère des nouveau-nés, quoique je pense que, s'il y a quelque raison de défendre cette forme d'ictère, c'est bien le cas des nouveau-nés. *Nulle part nous ne trouvons des extrava-*

---

(1) Virchow. *Gesammte abhandlungen*, 1856.

sations sanguines aussi nombreuses et leur transformation aussi constante en pigment. »

Ce passage est très-intéressant : Dix ans après son premier travail, Virchow confirmait les extravasations sanguines et leur transformation en pigment. Il abandonne cependant la doctrine hématique de l'ictère; mais cet état pour lui n'a pas la même signification que pour nous. C'est l'ictère grave dont il s'occupe, même dans ce qu'il appelle l'ictère simple avec sclérème, et non pas l'ictère compris d'une façon générale, que nous avons indiquée.

A cette époque, M. Gubler (1) indique la grande analogie des réactions de l'hématoïdine et de la matière colorante de la bile. On les distingue en ce que, dans la série des couleurs qui se produisent, c'est le vert qui est surtout accusé dans la réaction de la biliphéine par l'acide nitrique, et le violet dans la réaction de l'hématoïdine.

Depuis les travaux des Zenker et de Funke, de Valentiner, de Brücke, de Stœdeler, il n'est plus question d'ictère hématique en Allemagne; cependant les observations analogues à celles de Virchow se multiplient. Mais les cristaux que l'on constate ne sont pas désignés sous le nom d'hématoïdine, mais sous le nom de bilirubine.

Buhl et Hecker (2) signalent une observation où ils ont trouvé dans le sang une abondante quantité de cristaux en aiguilles, rangées en masses, et des cristaux rhomboïdaux. On les retrouverait dans tous les organes, mais particulièrement autour des ulcérations intestinales qu'on avait constatées. On n'a d'ailleurs pas examiné ces cristaux au point de vue de leurs réactions chimiques.

(*A suivre.*)

---

(1) Gubler, *Société de biologie*, 1859.

(2) Buhl et Hecker, *Klinik der Geburtskunde*.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Infection et immunité vaccinales. — M. Maurice Raynaud communique à l'Académie le résultat d'un grand nombre de recherches expérimentales sur l'infection et l'immunité vaccinale.

Ce travail très-complet et très-développé, peut être résumé dans les propositions suivantes :

1° *En ce qui concerne le bouton vaccinal* : l'évolution de ce bouton n'est pas nécessaire pour que l'immunité ait lieu. Celle-ci se produit même lorsque après l'inoculation sous-épidermique, on empêche par un artifice expérimental la naissance du bouton de vaccin.

2° *En ce qui concerne le système nerveux* : *a*. Le système nerveux reste complétement étranger à l'accomplissement des phénomènes vaccinaux. La section préalable des nerfs qui se distribuent à la région inoculée n'empêche pas l'infection de se produire avec tous ses effets, *b*. Cette interruption du courant nerveux ne modifie même pas sensiblement la marche de la pustule de vaccin.

3° *En ce qui concerne le sang* : *a*. L'inoculation sous-épidermique de sang vaccinal ne donne jamais la vaccine. Cette opération n'est donc susceptible d'aucune application pratique, *b*. La transfusion, même à doses mesurées, de sang vaccinal, n'est le plus souvent suivie d'aucun effet appréciable ; après, comme avant l'inoculation on reste apte à contracter la vaccine, c. Il est possible cependant que, dans quelques circonstances, la transfusion produise chez l'animal l'immunité vaccinale seule, sans aucun phénomène extérieur, *d*. Mais, alors même, l'immunité ainsi acquise ne serait pas transmissible par une seconde transfusion, *e*. D'après tous ces faits, il est

infiniment peu probable que ce soit par le sang, du moins en tant que véhicule direct, que le virus vaccinal se généralise dans l'économie tout entière.

4° *En ce qui concerne les vaisseaux lymphatiques* : *a.* L'inoculation sous-épidermique de lymphe provenant d'une région vaccinée et prise en deçà du ganglion le plus proche, m'a donné les mêmes résultats négatifs que l'inoculation sous-épidermique du sang vaccinal, *b.* Par contre, en injectant quelques grammes de cette lymphe dans le sang d'un cheval, j'ai réussi à déterminer l'apparition du *horse-pox*, *c.* Cette lymphe paraît donc susceptible de virulence, pourvu qu'elle soit employée à dose un peu forte.

5° *En ce qui concerne les ganglions lymphatiques* : *a.* Après la vaccination normale, l'engorgement du ganglion le plus voisin de la région vaccinée est un fait constant, quoique jusqu'ici méconnu, et justifie le nom de *bubon vaccinal* dont l'auteur s'est servi. Ce bubon est indolent et sans réaction inflammatoire, *b.* Cependant l'inoculation du suc de ce ganglion, à quelque époque qu'elle soit faite, ne donne pas la vaccine, *c.* Il est donc possible, en définitive, de surprendre des traces de virulence dans le système lymphatique entre le lieu d'inoculation et le ganglion le plus proche. A partir de ce ganglion, on n'en retrouve plus, *d.* Cette circonstance semble de nature à faire attribuer aux ganglions lymphatiques un rôle élaborateur se traduisant par la disparition de la virulence et l'apparition de l'immunité, deux faits simultanés et corrélatifs. Mais ceci ne pourrait être affirmé qu'autant que l'intervention des ganglions serait démontrée indispensable. Or cette affirmation est difficile, en présence des faits de réussite obtenue par l'injection directe de virus vaccin dans les vaisseaux sanguins, *e.* Ce qui paraît certain, c'est que le virus vaccin, en passant par les ganglions lymphatiques, y perd son inoculabilité, ce qui établit entre lui et la matière inoculable du charbon une différence fondamentale très-importante à signaler au point de vue de la théorie générale des virus.

Le travail de M. Raynaud est renvoyé à la section de pathologie médicale.

A. Lutaud.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de Paris. Section des sciences médicales.

Nous donnons une analyse succincte des Mémoires qui ont été présentés à cette section, présidée par M. le professeur Teissier, de Lyon. Les mémoires se rattachant aux études gynécologiques ont, du reste, été moins nombreux qu'au congrès du Havre.

Traitement de l'inversion utérine par l'application du pessaire à air. — M. *Courty* adresse un Mémoire sur cette question, dont la lecture est faite par M. Franck. — Ce travail comprend l'observation détaillée d'un cas d'inversion utérine datant de quatre mois, et dont la réduction spontanée a été obtenue après onze jours de compression par le pessaire à air, sphérique de caoutchouc. M. Courty fait suivre cette observation de considérations pratiques desquelles il résulte que la réduction spontanée peut être obtenue en sollicitant, par la compression méthodique et élastique, les contractions expulsives des fibres musculaires de l'utérus. Mais quand la compression soutenue ne peut pas être supportée, il faut tenter la réduction méthodique de l'inversion, en retenant le col avec deux doigts introduits dans le rectum et recourbés en crochet. Quand enfin l'irréductibilité est avérée, c'est à la ligature élastique qu'il faut avoir recours.

Nouveau procédé opératoire pour l ablation du col de l'utérus atteint le cancer. — M. le Dr Coudereau donne d'abord quelques détails historiques sur l'ablation du col utérin, opération qui semble être abandonnée aujourd'hui, et qu'il importe de réhabiliter. Sans doute cette opération fait courir aux malades des dangers de mort, mais « ne faut-il pas mieux succomber en quelques jours à un accident traumatique, que de mourir lentement de l'horrible mal des cancéreux? »

Voici les principaux temps de l'opération, telle qu'elle est pratiquée par M. Coudereau :

1° Inciser la partie intérieure du vagin seule; éviter de toucher au cul-de-sac postérieur;

2° Décoller avec le doigt les attaches péritonéales en avant;

3° Faire basculer l'utérus en avant;

4° Appliquer un lien constricteur sur les attaches péritonéales au-dessus de la matrice;

5° Suturer le vagin et maintenir le pédicule à l'extérieur jusqu'à cicatrisation; refouler ensuite le vagin dans le bassin.

Observation de spina bifida avec incision de la tumeur, par M. le Dr Laffite. — L'opération a été pratiquée le 22 décembre 1877 sur un enfant de neuf jours; la tumeur a été excisée en totalité et la guérison a été complète au bout de vingt-cinq jours. Il n'en est pas résulté de paraplégie ni de paralysie des organes internes ni des téguments externes. Toutes les fonctions se sont accomplies régulièrement. Ce qui est particulièrement remarquable, c'est que l'opération a entraîné la section de dix à douze filets nerveux et qu'aucun trouble physiologique n'en a été la conséquence.

M. Dupré ne s'explique pas comment, après la section d'un tronc nerveux, une paralysie ne se soit pas manifestée; il n'y a pas pu y avoir de suppléance; il est donc permis de douter que cette section ait été faite.

M. Laffite affirme avoir sectionné un rameau nerveux très-volumineux, et il a été lui-même très-étonné de ne pas observer de paralysie.

M. Franck demande si des battements ou pulsations ont été observés dans la tumeur.

M. Laffite répond que la tumeur n'était le siége d'aucune pulsation: les cris de l'enfant en augmentaient seulement le volume.

Nouveau forceps. — M. le Dr Nivel présente à la section un forceps dont il a modifié les branches de façon à en faire un crochet. Après leur réunion les deux branches de l'instrument forment une anse qui ne peut blesser ni la mère ni le chirurgien.

Traitement des déviations utérines, par M. le Dr Marcé, de Nantes. — L'auteur ne cherche pas, comme on l'a fait souvent, s'il convient de s'adresser d'abord à la déviation et ensuite aux symptômes qu'elle détermine, ou s'il convient de procéder inversement; sans résoudre cette question, il se propose d'envisager le côté purement mécanique de la question. Il présente à la section un petit appareil qu'il a imaginé dans le but de remédier à certaines déviations utérines. Ce

nstrument a la forme d'un pessaire en selle; mais au moyen d'une ingénieuse disposition, on peut, en introduisant un seul doigt dans le vagin, relever ou abaisser à volonté la portion du pessaire qui soutient l'utérus.

Théorie des tractions mécaniques en obstétrique, par M. le docteur Chassagny, de Lyon. — Comme application de cette théorie, l'auteur présente un instrument qui a pour but : 1° d'extraire l'enfant quand il est nécessaire de recourir à la traction obstétricale avec le minimum de pression pour la mère et pour l'enfant ; 2° d'avoir toujours pour objectif d'assister la nature dans ses moyens.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement, par le Dr Alphonse Herrgott (1). — Le Dr A. Herrgott a divisé son important travail en quatre parties.

Dans la première, il étudie les maladies fœtales qui peuvent mettre obstacle à l'expulsion de la tête; dans la deuxième, celles qui mettent obstacle à l'expulsion du tronc ; dans la troisième, les maladies qui modifiant le volume et la forme du fœtus tout entier, peuvent également faire obstacle à l'accouchement ; la quatrième est consacrée à une étude rapide des monstruosités simples du fœtus. Cette division fait comprendre de suite combien le sujet est vaste et intéressant ; disons de suite qu'en raison des circonstances particulières dans lesquelles ce travail a été effectué, bien que l'auteur reconnaisse dans cet avant-propos, avec sa modestie habituelle, que le temps accordé par le règlement est trop limité pour avoir pu donner à cette œuvre tous les développements qu'elle comporte et faire toutes les recherches et les vérifications indispensables pour asseoir solidement une œuvre scientifique, le jeune agrégé de la Faculté de Nancy a su mener son travail à bonne fin et a doté la littérature obstétricale d'un véritable livre dans lequel seront obligés de venir

(1) Thèse pour l'agrégation. Octave Doin, libraire-éditeur, place de l'Odéon.

puiser tous ceux qui s'occupent sérieusement de l'art des accouchements. Le chapitre consacré à l'hydrocéphalie comprend plus de cent pages. C'est donc une véritable monographie de cette affection, car on y trouve exposés l'historique, la fréquence, l'étiologie, l'anatomie pathologique de cette maladie, l'étude de ses rapports avec la parturition comprenant l'étude des signes et du diagnostic, pendant la grossesse, ainsi que les particularités observées pendant l'accouchement dans ces cas.

Peut-être l'auteur aurait-il pu abréger certaines parties de ce premier chapitre et donner plus d'extension à d'autres. Ainsi, l'anatomie pathologique, quoique comprenant un grand nombre de pages. n'est pas suffisamment traitée au point de vue purement obstétrical; plusieurs observations sont d'une longueur telle que la lecture en est fastidieuse; elles eussent été remplacées avantageusement par un court paragraphe consacré à l'exposé des différents degrés de l'hydrocéphalie, car la physionomie du travail varie suivant que la cavité crânienne contient 200 gr. de liquide ou un litre et plus, quelle que soit la présentation.

Ces réserves faites, je reconnais que les autres points sont bien étudiés; les causes des présentations anormales sont magistralement discutées, les préceptes formulés concernant la conduite à tenir en face de cas semblables, sont empreints de la plus grande sagesse. On lira avec fruit tout ce qui concerne le traitement et en particulier le passage où se trouve décrit, avec figure à l'appui, un procédé imaginé par un auteur dont le nom n'est pas exactement connu, mais qui a été employé avec succès, plusieurs fois déjà, par M. Tarnier, lorsque le siége étant sorti, la tête est retenue au-dessus du détroit supérieur. Au lieu de pratiquer la ponction directe du crâne, opération qui, quoi qu'on en dise, n'est pas toujours facile, le chirurgien en chef de la Maternité obtient l'évacuation du liquide contenu dans le crâne, en pratiquant l'ouverture du canal rachidien au niveau de la région dorsale et en introduisant par cette ouverture une sonde en gomme munie d'un mandrin qu'on fait pénétrer jusque dans la cavité crânienne. Le liquide s'écoule alors par la sonde, les os s'affaissent sous l'influence de la contraction utérine, la tête se moule, s'engage et est expulsée spontanément avec la plus grande facilité.

Parmi les maladies qui peuvent mettre obstacle à l'expulsion du tronc, le Dr Herrgott étudie d'abord les affections connues, telles que l'hydrothorax, l'ascite et les maladies de l'appareil urinaire, puis il

montre aussi que d'autres affections ou malformations organiques, peuvent également entraver l'expulsion du tronc. C'est ainsi qu'il donne des observations où le foie, le pancréas, la rate, l'utérus, le vagin, les testicules, ont pu mettre obstacle à l'accouchement. Ce sont, dira-t-on, des curiosités scientifiques, cela est vrai, mais ce qui ne l'est pas moins, c'est que ces faits, étant connus, ne viendront plus étonner, dérouter l'accoucheur même très-expérimenté en lui enlevant tout moyen d'agir d'une façon rationnelle.

Grâce aux laborieuses recherches de notre distingué confrère, ce cadre s'est considérablement agrandi, bien des lacunes sont comblées, et l'on ne saurait trop lui en être reconnaissant.

Les troisième et quatrième parties, quoique moins importantes, présentent encore beaucoup d'intérêt puisqu'on y trouve décrits les cas dans lesquels l'œdème généralisé, l'ankylose du fœtus, les déviations de la colonne vertébrale, les monstruosités simples, les tumeurs par inclusions, les monstruosités doubles ont entravé ou empêché l'expulsion du fœtus.

En résumé, je crois pouvoir dire que c'est une bonne fortune pour tous les accoucheurs, que ce sujet ait été mis dans l'urne, par le jury d'agrégation, et surtout qu'il ait été traité de cette façon, car tous apprendront quelque chose en lisant ce travail. Il est impossible, même au praticien le plus occupé, d'avoir tout vu, tellement les cas dans lesquels une affection quelconque est venue modifier le volume ou la forme du fœtus et, par suite troubler la marche du travail, sont nombreux. Ce qui montre aussi que l'auteur n'était peut-être pas bien fondé à écrire, comme il l'a fait dans son introduction, que tout est harmonie dans la nature et que la disposition des organes révèle une admirable prévoyance, à moins toutefois que cette bonne nature n'eût songé aussi à produire des accoucheurs instruits.

A. PINARD.

Étiologie des avortements à répétition, par le Dr GOUBERT (*Thèse de Paris*, 1878). — M. le Dr Goubert passe en revue, dans une thèse fort intéressante, les causes qui, chez une même femme, peuvent empêcher toutes ou presque toutes les grossesses d'arriver à terme. Nous ne citerons pas tous les motifs auxquels il attribue ces avortements. Parmi les plus curieux, nous indiquerons la pléthore ; dans certains cas, les femmes n'accouchent à terme que si elles ont été

saignées plus ou moins abondamment. Nous remarquons une observation due à M. Campbell, dans laquelle une femme est indiquée comme ayant eu 17 fausses couches et 4 enfants nés à terme.

Les dernières grossesses n'arrivèrent à bien qu'à la condition qu'on pratiquât une saignée à chaque époque menstruelle ; dans plusieurs grossesses précédentes, une seule saignée n'avait pas suffi. — L'embonpoint a été indiqué aussi comme cause d'avortement ; Stoltz a vu chez une femme 5 fausses couches consécutives sans pouvoir leur attribuer d'autre cause que son extrême embonpoint. M. Goubert cite le même fait pour une femme qui est arrivée à son huitième avortement. — L'alimentation insuffisante est une cause bien connue d'avortement et qui a trouvé une confirmation bien remarquable dans ce qui s'est passé pendant le siége de Paris. Les avortements précoces sont impossibles à déterminer pendant toute cette période ; mais, pour les avortements tardifs, on voit que, pendant les cinq mois de siége, la moyenne des mort-nés pour 1000 naissances a été de 93, tandis qu'elle n'avait été que de 86 et 82 les deux années précédentes ; de plus, le chiffre, qui était de 69 au commencement du siége, en septembre, est arrivé à 108 en janvier. M. Goubert cite enfin l'histoire d'une femme qui, sur 11 grossesses, fit 3 fausses couches pendant l'année 1870-1871, et amena toutes les autres à bien, soit avant cette époque (5 grossesses), soit depuis (3 grossesses). Elle avait beaucoup souffert de privations pendant cette période. — Baudelocque a cité un fait peut-être unique, dans lequel l'avortement paraissait dû à l'influence d'un repos exagéré. C'est celui d'une dame qui, sur le conseil de sa famille, resta étendue au repos pendant ses trois premières grossesses et fit 3 fausses couches ; à la quatrième, Baudelocque prescrivit un exercice modéré, et l'accouchement se fit à terme. Enfin, la cinquième, pour laquelle la malade agit comme dans les premières, se termina par une fausse couche. — Parmi les causes d'avortement encore assez rares sont celles qu'on a attribuées à l'irritabilité utérine ; ainsi il est des femmes, celles surtout qui engendrent trop jeunes ou trop âgées, qui font plusieurs fausses couches successives avant de conduire un enfant à terme. A chaque nouvelle grossesse, l'avortement s'effectue à une époque plus avancée ; enfin un enfant vient à 9 mois ; dès ce moment, la femme peut concevoir sans crainte d'avorter de nouveau. Dans ces cas, dont les analogues se retrouvent dans la médecine vétérinaire, on a invoqué l'irritabilité excessive et la contractilité trop grande de la matrice.

Dans certaines conditions qui ne sont pas encore déterminées, il faut du temps pour que l'organe s'habitue à ses nouvelles fonctions; c'est progressivement qu'il y arrive par des fausses couches de plus en plus éloignées du moment de la conception. — A côté de cette catégorie d'avortements viennent se placer ceux qui sont attribués à l'habitude; dans certains cas, en effet, il semble qu'un premier avortement devienne une cause prédisposante à des avortements ultérieurs, lesquels, par une sorte d'habitude de l'utérus, se reproduisent toujours à la même époque.

Ainsi Stoltz cite deux femmes qui ont avorté 7 fois au même temps de la grossesse, et sans qu'on puisse invoquer d'autre cause que l'habitude; et Moriceau parle d'une qui eut 5 avortements successifs à deux mois et demi, et d'une autre qui avorta 15 fois de suite de trois à cinq mois, une dernière fois à cinq mois et demi, toujours sans qu'on puisse invoquer aucune autre cause. — Citons enfin pour terminer et sans vouloir nous arrêter à toutes les causes d'avortements successifs très-complètement étudiées par M. Goubert, une observation singulière due à M. Jacquemier : une cuisinière, enceinte de cinq mois, étant incommodée de nombreuses varices aux jambes, eut recours à l'application d'un bas de peau de chèvre. Quelque temps après, elle eut une hémorrhagie utérine qui détermina la fausse couche. Redevenue enceinte dans la même année, elle employa le même moyen et en obtint le même effet. Cette espèce d'hémorrhagie s'étant renouvelée plusieurs fois dans l'espace de deux à trois ans, on reconnut enfin la vraie cause de l'accident. La femme avait trouvé dans le remède indiqué pour soulager ses varices le moyen de se faire avorter.

Dr Edouard Labarraque.

REVUE DES JOURNAUX.

Un cas de castration opérée pour un fibroïde utérin; par le Dr Goodell. — L'auteur rejette l'expression *ovariotomie normale*, proposée par R. Baltey, il y a cinq ans environ, parce que, dans quelques cas, l'opération a été faite sur des ovaires sains. En conséquence, il l'a nommée *castration*.

La castration lui paraît formellement indiquée dans certains fibroïdes utérins, s'accompagnant de violentes hémorrhagies, et contre lesquels nos moyens ordinaires, y compris l'électrolyse, qui est encore au berceau, ont échoué. L'ablation du fibroïde ou son énucléation est rarement possible; l'enlèvement de la tumeur par la gastrotomie et l'amputation de l'utérus sont des moyens désespérés. Les ovaires étant la source de la vie de ces tumeurs, la castration doit leur ôter *leurs moyens d'existence*.

Goodell cite un cas de Trenholme (1), dans lequel les deux ovaires furent ainsi enlevés et les pédicules laissés dans l'abdomen, liés avec du fil ordinaire phéniqué. Les dernières nouvelles (28 janvier 1878) sont favorables. « De temps en temps, mais sans régularité, se montre une petite perte de sang pur, environ une cuillerée à café; pas de règles. L'opérée est assez bien pour être dans le collége médical de.... (2). La tumeur a un peu diminué, je considère l'opération comme un succès. » Deux autres cas, des succès aussi, de Hegar de Fribourg (3), et un cas, non publié encore, de Nusbaum, parlent en faveur de la castration. « Les règles ont paru deux fois, puis ont cessé définitivement. » Voici, très-résumée, l'observation de Goodell :

A. B., 33 ans, menstruée depuis l'âge de 13 ans, règles douloureuses. Depuis douze ans souffre de douleurs au sacrum, dysménorrhée aggravée. Depuis longtemps, douleur constante dans le côté gauche. Une semaines avant les règles, la douleur *tordante*, *déchirante*, devenait intolérable. L'écoulement ne durait pas moins d'une semaine, et était fort abondant. Puis venait une semaine de calme relatif. Sur quatre semaine la malade en passait trois dans son lit. Elle consulta le Dr Weir Mitchell, qui, en octobre 1878, pria Goodell de la voir. A l'examen, col virginal, antéflexion aiguë, utérus muré dans le hile d'un gros fibroïde réniforme. La tumeur plongeait dans le cul-de-sac de Douglas et remontait à deux travers de doigt au-dessous du nombril. Le fibroïde était sous-péritonéal et inaccessible par le vagin. Tous les traitements internes échouèrent. La malade, rendue presque mauvaise par ses souffrances, arracha à ses médecins la promesse qu'ils lui amputeraient la matrice. Ils réussirent cependant à gagner

(1) *Obstetr. journ.*, oct. 1876, p. 125.
(2) Sans doute comme étudiante, mais l'auteur ne le dit pas.
(3) *Centrablatt für Gynæk.*, 1877, 26 mai.

du temps, et, ayant lu le cas de Trenholme, ceux de Hegar n'avaient pas encore paru dans les journaux américains.

Opération faite le 4 octobre 1877, avec l'aide des Drs W. Mitchell, J. Ashhurst, C.-T. Hunter, B.-F. Baer et W. Heath.

La malade fut placée sur le côté, on plaça un spéculum en bec de canard; Goodell saisit alors, avec un ténaculum, un pli de la muqueuse derrière le col, et fit, avec les ciseaux de Küchenmeister, une incision de 39 millim. environ. Le péritoine étant ainsi incisé, il put introduire l'index gauche dans la cavité péritonéale, et, suivant la trompe, accrocher l'un après l'autre les deux ovaires, les serrer avec une pince fenêtrée et les amener dans le vagin. Leurs pédicules furent solidement liés avec du fil de soie et replacés dans la cavité pelvienne. Peu d'hémorrhagie, pas de ligature sur la plaie vaginale.

Immédiatement après l'opération les traces de souffrances s'effacèrent sur le visage de la malade. Aucun signe de traumatisme chirurgical. L'opérée ne présente que des symptômes hystériques, suites de l'épuisement nerveux amené par les souffrances passées; elle eut de la dyspnée, des douleurs ambulantes et une grande prostration avec des nausées, Pendant deux semaines elle perdit un peu de sang par la vulve; Goodell ne crut pas devoir s'assurer si cette perte venait de l'utérus ou de la plaie.

Le 16, elle retourna chez elle presque sans aucune douleur. Le 20, elle était levée et cousait. Le dimanche suivant, elle fit un mille (1870 mètres environ) pour aller à l'église, assista sans fatigue au service et revint chez elle à pied.

Le 17 décembre, elle perdit encore un peu de sang et se plaignait d'une douleur dans le haut du vagin. Goodell l'examina, pour la première fois depuis l'opération, et trouva au niveau de la plaie vaginale une petite cavernule qui saignait au moindre contact. Goodell l'excisa. Le 20 février, le poids de la malade avait augmenté de 12 livres et demie.

Le 4 avril, Goodell a de la peine à retrouver le fibroïde. La malade est guérie.

L'espace dont je puis disposer ne me permet pas de traduire les réflexions intéressantes que fait Goodell sur ce cas et sur des cas analogues, et sur la comparaison, tout à l'avantage de la castration, qu'il fait avec les autres opérations destinées à guérir les fibroïdes.

« La castration ne prive pas la femme de son sexe, elle conserve les sensations, tout comme l'homme, l'un et l'autre sont infertiles. La

emme ne perd aucune de ses grâces, comme cela est arrivé dans le cas de Verneuil (1). Elle *paraissait* beaucoup plus fière qu'avant d'être opérée. » (*Amer. Journ. of med. Sciences*, juillet 1878).

A. Cordes.

Laparo-Hystérotomie. — Dans un mémoire lu devant l'Académie de médecine de New-York, le 21 mars 1878, Gaillard-Thomas propose la laparo-hystérotomie, pour remplacer l'opération césarienne à laquelle il croit son opération préférable. Il a déjà décrit cette opération dans l'*American Journal of Obstetrics* de 1870 ; à cette époque, il l'avait faite, à l'amphithéâtre, sur le cadavre. Depuis lors, Skene (*Am. Journ. of Obst.*, 1876, numéro de février) a rapporté une observation suivie de succès. Cette opération étant décrite avec observation dans le mémoire du Dr A. Masson (la gastro-élytrotomie) qui vient de paraître, il est inutile de la rapporter ici. La statistique seule de G. Thomas est intéressante, quoiqu'elle porte sur des cas encore peu nombreux. Sur cinq opérations, quatre enfants ont été amenés vivants, trois mères sont encore en vie; l'une de celles qui ont succombé était mourante au moment de l'opération. (*Am. Journ. of Obst.*, 1878, p. 225.)

Réduction primitive des positions occipito-postérieures en antérieures. — Le Dr W. H. Doughty (d'Augusta en Géorgie) propose la réduction primitive des positions occipito-postérieures en antérieures, et donne, à l'appui de son dire, cinq cas de succès. Voici son procédé : entre deux douleurs, il applique fortement un ou plusieurs doigts sur la région temporale ou latéro-frontale, et repousse le front vers la droite si la tête se présente en position gauche, ou vers la gauche si l'occiput est tourné vers la droite, et il maintient, pendant la douleur suivante, l'avance qu'il a pu gagner. Il convertit ainsi une troisième position en une seconde, et une quatrième en une première. L'autre main, pressant à l'extérieur, peut aider la main

---

(1) *Annales de gyn.*, 1877, t. II, p. 146.

qui agit en dedans et s'oppose au retour de la tête dans la position d'où on l'a délogée.

Voici les conclusions de Doughty :

1° La *conversion primitive* est une manœuvre rationnelle, praticable dans nombre de cas;

2° Comme on peut la faire au début du travail, avant que la tête soit fixée et que son succès donne les avantages des positions antérieures, elle mérite d'être tentée, lorsque, dans ces cas, il est nécessaire d'accélérer l'accouchement;

3° Quand le col, par suite de la position de la tête, tarde à se dilater, il faut recourir à cette méthode avant d'essayer la flexion forcée, même alors que les membranes ne sont pas rompues, car la rectification de la position sera plus utile à la dilatation que la conservation de la position anormale, après même qu'on aura pu obtenir la flexion forcée;

4° Dans les cas ordinaires, il importe de considérer si la correction de la position n'est pas la première chose qu'on ait à faire, à la fin, ou avant la fin du premier stage; car c'est le moment d'élection. — Doughty, dans les cas qu'il rapporte, a rompu les membranes après l'exécution de sa manœuvre;

5° Une fois acquise la possibilité de cette manœuvre, c'est le devoir de l'accoucheur de déterminer, par une observation rigoureuse, sa vraie valeur comme aide, absolument innocente dans la conduite de toutes les positions occipito-postérieures;

6° Tout en admettant que les positions postérieures ne soient pas absolument dangereuses, on ne peut considérer comme superflue une ressource qui augmente le nombre des positions antérieures. (*Ibid.*, p. 302.) A. C.

Manche du forceps avec courbure pelvienne. — A la séance du 6 décembre 1877 de la Société obstétricale de Philadelphie, le Dr R. A. Cleeman, son vice-président, a lu un mémoire dans lequel il propose de donner au manche du forceps une courbure pelvienne. Le dessin que donne Cleeman de ce nouveau forceps nous présente des cuillers étroites, à courbure pelvienne très-faible; les fenêtres sont très-allongées; un peu en arrière des cuillers et en avant de l'articulation, le manche se recourbe brusquement pour faire avec les cuillers un angle de 120° ouvert en haut, — l'opposé

du forceps Tarnier où la concavité regarde en bas. — De ce point jusqu'en arrière de l'articulation, le manche est rectiligne, puis il décrit une très-légère courbe à concavité inférieure. La figure n'indique aucun moyen de préhension : crochets, cannelure, etc.; on y voit seulement des rugosités qui servent à éviter le glissement de la main.

Cette modification a pour but d'éviter que le forceps ne dérape, lorsque la tête est encore élevée.

« Dans l'emploi de l'instrument ainsi modifié, dit Cleeman, la « force d'extraction doit nécessairement se diriger perpendiculaire« ment au manche, dans une direction aussi voisine que possible de « l'axe du détroit supérieur. Une fois que la tête est assez descendue, « on peut retirer le nouveau forceps et achever avec un forceps or« dinaire. »

Les figures que donne l'auteur laissent penser que l'insuccès des forceps ordinaires tient à leur très-faible courbure pelvienne, qui ne leur permet pas de bien saisir une tête élevée. Ce défaut n'existant pas dans le forceps français, il n'est pas probable que la modification proposée par Cleeman soit destinée à détruire le forceps de Levret. De plus, l'idée de l'auteur paraît être encore à l'état de simple théorie, car il ne cite pas un cas où il ait employé son forceps, et il en fait l'exposition, sans citer un fait à l'appui. Il rapporte cinq cas, dans lesquels il attribue l'insuccès des tentatives à l'absence de la courbure qu'il recommande. (*Ibid.*, p. 341.) A. C.

Dilatation du col de l'utérus non gravide. — Le Dr Drake propose la dilatation du col de l'utérus non gravide, dans les cas où elle est utile, au moyen d'un pessaire mou ou même d'un pessaire à air appliqué sur le col et laissé en place pendant deux semaines dans la période intermenstruelle. Si l'on n'a pas le soin de l'enlever plusieurs jours avant l'époque des règles, il peut causer une hémorrhagie, ou même, Drake l'a vu une fois, une pelvi-cellulite. L'auteur cite un cas de col très-étroit, avec dysménorrhée intense, dans lequel l'application d'un pessaire de verre concavo-convexe a été suivie d'un soulagement complet et durable. Il préfère les pessaires en verre, comme étant plus propres. Drake conseille d'essayer ce moyen avant d'en venir à l'incision, à l'amputation ou à la dila-

ition du canal cervical. Souvent l'action dilatatrice de ce procédé étend jusqu'à l'orifice interne. Le Dr Leblond vient de proposer la utérisation avec l'électrode négative de la pile (1).

L'article de Drake se termine par une note de Mundé qui rappelle a cas de G. Thomas, dans lequel un pessaire sphérique a pénétré ans l'utérus et a été relié, longtemps après, par le docteur Sayre, e Bellevue-Hospital. (*Ibid.*, p. 366.) A. C.

Traitement des gerçures du mamelon, par le Dr HAUSSMANN (*Berner Klin. Wochenschrift*, n° 14, 1877). — D'après l'auteur, l'emploi une solution contenant 5 grammes d'acide phénique pour 100 gr. eau produit très-rapidement la guérison des fissures du mamelon iez les nouvelles accouchées. Il rapporte un cas dans lequel les eux seins étaient affectés au point de rendre la succion impossible. e nitrate d'argent, l'acétate de plomb et d'autres substances avaient é inutilement employées. On appliqua alors à chaque sein des ompresses imbibées et on les renouvela toutes les trois heures. Le ansement était enlevé et le sein lavé avec soin avant de faire téter enfant. La première application fut suivie d'une notable diminucn de la douleur; le jour suivant, les fissures avaient diminué et la iérison était complète au bout de trois jours. Dans un autre cas, emploi d'une solution phéniquée, plus faible, ne fut pas satisfaint; il faut donc employer la solution à 5 centièmes.

L'auteur ajoute que l'application de l'acide phénique est moins ouloureuse que celle du nitrate d'argent.

A. LUTAUD.

Du développement des monstres doubles et particulièrement des onstres sternopages, par le Dr LEVISON (*Nordeuch med. Ack.*, Band IX, 8, 1878). — L'auteur donne d'abord, dans ce mémoire, la descripon anatomique de deux sternopages ou, selon la classification de mum, deux cas de *duplicitas completa parallela fronte opposita*. Il sulte de cette description que les cœurs du premier monstre étaient oubles, mais que les ventricules des deux cœurs étaient soudés dans plan de réunion des deux individus, et qu'il y avait une commucation entre les oreillettes des cœurs; l'autre monstre présentait n cœur simple et commun aux deux individus, composé d'une

oreillette commune sans subdivision prononcée et d'une partie ventriculaire, dans laquelle on remarquait deux subdivisions assez grandes communiquant entre elles et deux petits ventricules complétement rudimentaires. Dans les deux cas, il y avait une communication libre entre les gros vaisseaux du système aortique et ceux du système pulmonaire, de telle sorte que la vie extra-utérine était impossible. Le foie avait, comme à l'ordinaire dans ces monstres, la forme d'une selle.

L'auteur se déclare partisan de la théorie qui explique l'origine des monstruosités doubles par la soudure ou la fusion de deux embryons développés sur un blastoderme unique. Pour soutenir la théorie qui explique le développement des monstruosités doubles par une division longitudinale de la bandelette primitive, Ahlfeld a eu recours à la forme de l'aire pellucide chez les monstres doubles, dans lesquels les têtes sont opposées, tandis que les corps forment une ligne droite ou un angle. Dans ces cas, l'aire pellucide a la forme d'une croix ou est très-irrégulière, ce qui, selon Ahlfeld, est dû à un mouvement d'écartement exécuté par les deux moitiés embryonnaires après la fissure de la bandelette primitive. L'auteur démontre que la forme de l'aire pellucide dépend de celle de l'aire vasculaire, qui, à son tour, résulte du développement du cœur, ainsi que l'a prouvé Dareste, et que, notamment chez les monstres doubles à têtes opposées, la forme de l'aire pellucide est due à la circonstance que les deux moitiés primitives du cœur sont empêchées de se réunir de la manière ordinaire et obligées d'aller à la rencontre d'une moitié de cœur appartenant à l'autre embryon et de s'unir à elle.

L'auteur explique le peu de viabilité extra-utérine des monstres sternopages par les anomalies des gros vaisseaux qui, sous plusieurs rapports, conservent des relations appartenant aux époques antérieures de la vie embryonnaire.

Cet important mémoire démontre, de la part de l'auteur, une connaissance approfondie de l'embryogénie normale et de la tératologie.

A. Lutaud.

Gestation survenant immédiatement après une amputation du col de l'utérus. Extirpation d'un polype utérin pendant la grossesse. Accouchement à terme et sans accidents, par le Dr Benjamin (*Philadelphia medical Times*, février 1878. *Bulletin de thérapeutique*, juil-

›t 1878). — Une femme de 39 ans, mère de plusieurs enfants, mais 'en ayant pas eu depuis huit ans, fut opérée le 30 juin 1876 pour ne hypertrophie du col de l'utérus : on enleva avec l'écraseur un ouce et demi de cet organe. Pas d'accident après l'amputation. La inté se rétablit rapidement.

Cessation des règles le 26 janvier 1877. Le 25 mars, on trouve un olype faisant une saillie d'un demi-pouce environ en dehors du col. n l'arracha avec la pince à polype. L'utérus était gravide et la gestion continua. On saigne la patiente en mai et au mois d'août. Pas accident. Accouchement normal le 3 octobre. Le col était un peu gide, mais se dilata en huit heures à peu près, pour livrer passage un garçon bien conformé, de volume moyen.

Nous rapportons cette observation parce qu'elle nous paraît une tile contribution pour l'étude encore incomplète de la question des pports entre le traumatisme et la grossesse.

A. LUTAUD.

VARIÉTÉS

« Monsieur le rédacteur en chef,

« Quelques jours après l'apparition du numéro de juillet des *Annales* *Gynécologie*, M. le Dr Hess m'a fait l'honneur de m'envoyer, avec ı extrait du journal qui a publié son observation, un exemplaire de thèse sur les *grossesses de l'ovaire*.

« Permettez-moi d'employer la voie de votre journal pour adresser es remerciements à ce confrère pour son intéressante communication, et laissez-moi ajouter que la lecture de l'observation originale nd sans fondement les réserves dont j'avais fait précéder le résumé cette observation. C'est donc un nouveau cas à inscrire dans histoire des grossesses de l'ovaire.

« Continuez à me croire votre tout dévoué

« Dr A. PUECH. »

Vomissements de la grossesse. — Le Dr Rheinstaedter dans un travail inséré dans le numéro du 25 mai 1878 de la *Deutsche medicinische Wochenschrift* fait remarquer que les vomissements qui se produisent dans les premiers temps de la grossesse résultent non-seulement de l'irritation des nerfs de l'utérus résultant de l'élargissement de l'organe, mais encore de la pression de cet organe sur le bassin qui l'entoure. L'auteur appuie cette théorie sur les considérations suivantes : 1° les vomissements cessent ordinairement lorsque l'utérus s'élève et dépasse le pelvis; 2° les vomissements sont plus fréquents et plus violents lorsque la vessie et le rectum, et principalement ce dernier organe, sont distendues par les matières qui s'y trouvent contenues. Ces considérations ont conduit l'auteur à conseiller de vider le gros intestin au moyen de laxatifs ou de lavements. L'alimentation devra être formée de lait, d'aliments légers et de vin si ce liquide peut être supporté.

Concours du clinicat d'accouchement. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : M. Budin, chef de clinique MM. Ribemont et Porak, chefs de clinique adjoints.

Annuaire de l'Internat. — Une Commission, nommée au dernier Banquet de l'Internat, a été chargée de la publication d'une nouvelle édition de l'*Annuaire de l'Internat.*

Elle prie les anciens internes des hôpitaux qui auraient à signaler quelque erreur, ou quelque modification survenue depuis la dernière édition, de vouloir bien en informer M. Cuffer, rue du Monthabor, 25.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Die Wirkung hoher und niedriger Temperatur auf der uterus der Kaninchen and der Menschen. Ein experimentelle und klinische studie

(*De l'action des températures élevée ou basse sur l'utérus de la lapine et de la femme, étudiée au point de vue expérimental et clinique*), par Runge (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 123).

Zur Frage der Künstlichen Frühgebent beir engem Bechen (*De l'accouchement artificiel dans les bassins étroits*), par Wiener (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 80). De ce travail établi sur seize observations, il ressort que l'accouchement prématuré est plus favorable pour les mères et les enfants puisque de ces derniers deux seulement ont survécu. Sept enfants ont succombé pendant le travail et trois immédiatement après, enfin les autres ont succombé au marasme cinq semaines plus tard.

Tumeurs solides de l'ovaire (*Arch. f. Gyn.*, t. VI, p. 180). Le Dr Léopold, qui a déjà publié un travail sur ce sujet, a présenté à la Société obstétricale de Leipzig, le 22 octobre 1877, deux pièces relatives à cette question.

La première est un fibro-sarcome des deux ovaires et provient d'une femme de 42 ans qui a plusieurs fois engendré et qui dans les dernières années de sa vie avait accusé dans le bas-ventre une tumeur très-résistante. Comme on l'observe dans les petites tumeurs solides des ovaires, le cul-de-sac rétro-utérin était complètement rempli et la malade se plaignait d'un sentiment très-marqué de pression. L'ascite et des sarcomes métastatiques de l'intestin amenèrent la mort.

Les deux ovaires hypertrophiés formaient des tumeurs tuberculeuses du volume de la tête d'un enfant ; elles n'avaient contracté d'adhérence avec aucune des parties voisines. Les deux pédicules étaient assez grêles comme c'est l'habitude dans ces sortes de tumeur.

La seconde pièce provient d'une primipare de vingt ans. Malgré l'existence de cette tumeur au moment du mariage elle conçut, et, prise subitement des douleurs, mit au monde, à la fin du huitième mois, une fille faiblement développée. La tumeur, qui avait le volume du poing d'un adulte, s'enflamma aussitôt après l'accouchement; il survint postérieurement une péritonite qui emporta la malade au septième jour. L'ovaire gauche qui formait la tumeur était ramolli et contenait un grand nombre d'épanchements sanguins. Au microscope on reconnut un sarcome à cellules arrondies. (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 155.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Amputation and excision of the cervix uteri : their indications and methods, par le Dr John Byrne (de Brooklyn).

Contribution à l'étude des kystes de la glande vulvo-vaginale, par le Dr Leroux (th. de Paris, 1878).

Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien, par Alban Ribemont.

On the postural treatment of tympanitis intestinalis following ovariotomy, par le Dr Edward W. Jenkes.

Ueber den Werth der subcutanen Ergotin injection bei fibromyomen und chronischer hypertrophie des uterus, par le Dr G. Léopold.

De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (méthode du Dr Porro), par le Dr Wasseige.

Tetanus after ovariotomy, par le Dr Théophile Parvin.

The obstetric forceps. When and how to use it, par le Dr Engelmann.

The hystero-neuroses with especial referent to the menstrual hystero-neurosis of stomach, par le Dr Engelmann.

Epilepsy dependent upon erosions of the cervix uteri, par le Dr Engelmann.

Cholecystotomy for the removal of Gall-Bladder, par Marion Sims.

A case of vaginal ovariotomy, par William Goodell.

The dull wire curette in gynecological proetice, par le Dr Paul Mandé.

The value of electrolysis in the treatment of ovariantumors, par le Dr Paul Mundé.

Observations et recherches cliniques relatives à l'influence de la tension artérielle puerpérale sur la marche des maladies et à l'état de la circulation pendant les suites de couches, par le Dr Léon Dumas.

R. Instituto ostetrico annesso all' ospizio di Maternita nell' universita de Parma. 1° Rendiconto, par le Dr Giovani Calderini. Parme, 1877.

Ampia clovea urethro-vesico-vaginale, par le Dr Calderini.

Dispareunia da vaginismo-utero a collo conico, stenosi dell' orifizio esterno, retroverso-flessione, sterilita, par le Dr Calderini.

Ulfoelde of inversio uteri under fodselen, par le Dr Stadfeldt.

Ruptura uteri, laparotomi, par le Dr Stadfeldt.

De l'occlusion de l'utérus et de l'hystérotomie vaginale, par le Dr Pirenne, Liége, 1878.

Sammlung Klinischer Vorträge in verbindung mit deutchen Klinikern, par le Dr Richard Wolkmann.

In meiner methode der totalen uterus-exstirpation, par le Dr Freund (de Breslau).

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M^r-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

INVERSION UTÉRINE DE QUATRE MOIS. RÉDUCTION SPONTANÉE, APRÈS ONZE JOURS DE COMPRESSION PAR LE PESSAIRE A AIR SPHÉRIQUE EN CAOUTCHOUC.

Par M. le professeur Courty.

Observation (1). — Madame G..., âgée de 26 ans, réglée à 16 ans, mariée à 21, c'est-à-dire depuis cinq ans, de constitution faible, de tempérament lymphatique nerveux, n'ayant été atteinte antérieurement d'aucune maladie grave, a eu, depuis son mariage, trois grossesses arrivées à terme et trois accouchements.

A la suite du premier accouchement, qui fut naturel, elle eut un enfant bien portant et se rétablit promptement.

(1) Recueillie par M. Botelho, mon élève particulier.

A la suite du deuxième, qui fut gémellaire, elle eut deux enfants à terme, dont l'un vint mort, probablement à la suite du retard dans le travail.

Quant au troisième accouchement, les renseignements fournis par la malade et son entourage nous portent à croire que le travail a marché aussi régulièrement jusqu'au moment de l'expulsion du placenta. Ainsi, pour l'enfant, nous savons qu'il naquit à terme, de volume normal, bien proportionné, le cordon de longueur ordinaire, présentation par la tête, travail peu pénible, d'une durée de six heures, terminé, comme d'habitude, par quelques tranchées utérines très-fortes. La délivrance arriva vingt minutes après, fut spontanée, aucune manœuvre de tiraillement n'en hâta la fin. Au moment de la délivrance, aucune douleur forte n'indiqua ni tiraillement, ni déchirement, de sorte que, privé de signes qui nous permettent de préciser le moment où la matrice s'est invaginée à travers le col, nous sommes tenté de croire que cet organe accompagna le placenta au moment même où il franchit le col, arrivant à affleurer la vulve par son fond, et conservant avec le délivre des adhérences, qui cédèrent aisément au moment où la sage-femme s'empara de l'arrière-faix pour compléter cette délivrance.

Cet accouchement eut lieu le 21 octobre 1877.

A peine la délivrance fut-elle achevée que des flots de sang inondèrent le lit de l'accouchée. La sage-femme, justement effrayée d'une hémorrhagie si considérable et de ne pas la voir s'arrêter spontanément après quelques minutes, comme d'habitude, explora le vagin et y sentit une tumeur dont elle ne put déterminer la nature.

Un médecin, appelé en toute hâte au secours de la malade, ne parut pas d'abord la mieux déterminer et prescrivit les hémostatiques usités en pareil cas. La tumeur, prise d'abord pour quelque corps étranger, pour un polype dont il conviendrait de faire plus tard l'ablation, fut respectée, en attendant le retour de l'utérus sur lui-même. Cette fâcheuse détermination fit négliger tout moyen de réduction immédiat, et donna au col de l'utérus le temps de se resserrer, et à l'hémorrhagie la facilité de continuer de la manière la plus inquiétante pour les jours de la malade. L'abondance de la perte de sang qui résista, comme de raison, à tous les moyens généraux et locaux dirigés contre elle et persista plus de douze jours, jeta la malade dans une anémie et un affaiblissement qui firent justement craindre pour ses jours.

Enfin l'hémorrhagie s'arrêta, et la malade, grâce aux bons soins dont elle fut entourée, quoique ne pouvant pas quitter le lit, se releva un peu de sa faiblesse et sembla se trouver relativement assez bien.

Son médecin, revenu de son erreur première et ayant rectifié son diagnostic, reconnut une inversion utérine et se proposa d'entreprendre des tentatives de réduction. Malheureusement ces tentatives n'étant pas conformes aux règles, qui veulent, rationnellement, que le col soit fixé à l'aide de deux doigts portés dans le rectum, pendant qu'on cherche à refouler le corps méthodiquement au travers de cet organe, ne pouvaient avoir et n'eurent en effet aucun succès.

Elles n'eurent d'autre résultat que de causer de grandes douleurs, renouveler l'hémorrhagie, décourager la malade, qui est très-sensible et qu'on avait négligé de chloroformer, et de lui inspirer la terreur de toute autre tentative opératoire, terreur que je ne parvins à calmer qu'en lui donnant l'assurance que je n'y toucherais pas et que je tâcherais de faire que sa maladie pût guérir en quelque sorte toute seule. On va voir combien l'événement seconda heureusement mes espérances et répondit à la fois à mes prévisions et à mes promesses.

La perte de sang, quoique relativement arrêtée, en ce sens qu'elle n'avait plus le caractère hémorrhagique, continuait cependant à obliger la malade à garder le lit. Le retour des règles fut même retardé à cause de ce grand affaiblissement, et, au lieu d'arriver au bout de quarante jours, il n'arriva que deux mois après l'accouchement, le 24 décembre (l'accouchement avait eu lieu le 21 octobre). Les règles vinrent sans molimen, ni turgescence des seins et durèrent quinze jours, pendant lesquels l'hémorrhagie fut très-considérable. La malade s'en trouva si affaiblie qu'elle ne put tenter de se lever que pour se diriger, avec toutes sortes de précautions, sur Montpellier, où elle arriva le 20 janvier 1878.

A ce moment, Madame G... est dans un état d'épuisement complet : anémie, décoloration, aspect blanchâtre de tous les tissus, pâleur de toutes les muqueuses et couleur terreuse de la peau, amaigrissement extrême, impossibilité d'exécuter le moindre mouvement, et, par-dessus tout, abattement moral qui lui arrache des pleurs et des cris à la moindre tentative d'examen, tant la sensibilité a été surexcitée par l'affaiblissement et le long séjour au lit. Elle

perd continuellement un liquide séro ou muco-sanguinolent ; le sang étant pâle comme celui des chloro-anémiques.

L'exploration nous fait reconnaître indubitablement la matrice dans une tumeur du volume d'une orange, contenue dans le vagin et l'excavation pelvienne, ne laissant, par aucun point du pourtour de son pédicule, pénétrer dans une cavité utérine (comme eût fait un polype), et revêtue d'une muqueuse qui est, à n'en pas douter, la muqueuse utérine, sur laquelle on perçoit, à droite et à gauche, les orifices des trompes. — L'association de la palpation hypogastrique et du toucher vaginal ne fait percevoir aucun globe utérin au niveau du détroit supérieur. — La malade n'éprouve d'ailleurs d'autre douleur qu'un sentiment de pesanteur et d'embarras dans l'excavation pelvienne et des tiraillements aux aînes, surtout du côté gauche, ainsi que du côté du sacrum.

Des injections détersives, avec de l'eau à la température de la chambre et un peu de vinaigre antiseptique de Pennès sont faites quatre fois par jour.

Malheureusement, peu de jours après son arrivée à Montpellier, Madame G.... fut prise d'une diarrhée qui l'affaiblit de plus en plus. Je me hâtai de modifier son régime : lait, purée de viande crue, bouillon à la boule (espèce d'extrait de viande fait au bain-Marie, dans une sorte de marmite de Papin, que l'on ne saurait trop recommander, surtout pour les malades à qui répugne la viande crue); et de lui prescrire des cataplasmes émollients, sédatifs, sur le ventre, des quarts de lavements laudanisés, de la décoction blanche de Sydenham, additionnée de bismuth, et, toutes les six heures, une pilule composée d'extrait thébaïque, id. de ratanhia, āā 1 centigr., sous-nitrate de bismuth, 15 centigr.

La malade ne tarde pas à se remettre, assez bien pour que nous ayons dû combattre par des lavements huileux la constipation consécutive à la diarrhée. Peu à peu nous pûmes recourir à un régime tonique et à une alimentation copieuse et réconfortante, viande et poisson de toute sorte, riz, œufs, pâte de coing, chocolat, etc.

Nous pûmes commencer, en même temps, l'usage du bromure de potassium poussé jusqu'à la dose de 6 grammes par jour, pour calmer la sensibilité de la malade, de la poudre ferro-manganique de Burin-Dubuisson, et du perchlorure de fer à 30°, à la dose de 15 gouttes matin et soir, dans un verre à liqueur plein d'eau, immédiatement suivi d'une tasse de lait.

Sous l'influence de ces divers moyens, l'état de la malade se trouva bientôt sensiblement amélioré ; malgré la continuation de l'écoulement séro-sanguinolent, les forces et les couleurs revenaient manifestement, et nous songions à commencer le traitement de l'inversion, tout de suite après que la période menstruelle serait passée.

Effectivement, les règles firent leur apparition le 30 janvier, occasionnant des douleurs assez vives, mais ne donnant lieu, contre notre attente, à aucune hémorrhagie excessive ; car elles cessèrent le 5 février : le sang était à peine coloré en rouge. J'attribuai cette absence d'hémorrhagie à l'immobilité observée par la malade, à l'usage des injections froides vinaigrées, du perchlorure de fer, et des autres astringents et hémostatiques employés par la malade depuis son arrivée.

Le 8 février, après avoir constaté encore l'état d'inversion de l'utérus, et bien constaté aussi, qu'à travers les parois abdominales, flasques et dépressibles, de notre si maigre malade, on ne sentait à l'hypogastre aucune tumeur pouvant être prise pour l'utérus retenu dans sa position normale, je pris un *premier pessaire à boule*, en caoutchouc, dit de Gariel, d'un petit volume, vide, que j'huilai bien et que j'introduisis dans le vagin. Une fois la boule introduite, je le gonflai, en y poussant de l'air, à l'aide d'une poire-réservoir en caoutchouc, affectée à cet usage. Elle ne fut d'abord distendue que modérément et retenue à l'aide d'un bandage en T, à bandes antérieures divergentes, pour permettre à la malade d'uriner. Malgré la présence du pessaire, la malade continua ses injections, sans quitter son lit, en ayant soin de ne se servir que d'une courte canule pour ne pas déranger la boule et pouvoir l'insinuer aisément entre le pessaire et le vagin.

9 février. L'appareil est bien supporté malgré une augmentation d'écoulement sanguin : soins de propreté, injections, riche alimentation.

Le 10. Même tolérance. Le premier pessaire est remplacé par un *second pessaire plus volumineux*. Léger écoulement sanguin ; régime tonique, beaucoup de lait, fer, quinquina.

Le 12. La malade éprouve quelques douleurs intermittentes, analogues aux contractions utérines, qui l'épouvantent, parcequ'elles lui rappellent les douleurs de l'accouchement. Après l'avoir rassurée, je gonfle un peu plus le pessaire et j'assujettis bien le bandage qui le retient, persuadé que c'est le moment d'insister sur la pression

que le pessaire exerce sur la matrice, puisque cette pression paraît provoquer quelques contractions et que nous espérons la réduction de l'inversion utérine du développement même de ces contractions.

Chose remarquable! tandis que d'autres malades, en apparence moins sensibles ou moins délicates, n'avaient pas pu supporter le pessaire, celle-ci le supporte très-bien, n'en éprouve aucune incommodité ni aucune douleur pénible, agaçante, et n'accuse que des douleurs franchement expulsives, favorables à la guérison.

Le 15. La malade se plaint que les douleurs expulsives, très-rares les jours précédents, sont devenues plus fréquentes. Elle s'en inquiète beaucoup et ne cesse de pleurer, ne comprenant pas, quelque soin que je mette à le lui expliquer, que ce redoublement de douleur est un garant de la guérison à venir. Je la soupçonne même d'avoir cherché à extraire le pessaire, que je trouve rapetissé et que je gonfle et je distends, en y insufflant de l'air.

Le 18. Examinant la malade par le toucher, je trouve le pessaire haut placé dans le vagin et en partie dégonflé. J'y insuffle de l'air et je supplie la malade de le conserver et de ne pas chercher à le dégonfler, ni à l'extraire.

Le 19. La malade est de plus en plus effrayée, parce qu'aux douleurs utérines expulsives, de plus en plus fortes ces jours derniers, il s'est ajouté une perte sanguine abondante.

Séance tenante, j'ôte le pessaire, je pratique le toucher vaginal, et je constate, avec joie, ce que j'avais espéré, l'absence complète de la tumeur utérine dans le vagin et *la réduction spontanée de l'inversion utérine le onzième jour*.

Mais le col est largement ouvert, le doigt introduit semble percevoir encore le corps de l'utérus à une faible profondeur ou plutôt le fond saillant, en forme de cul de fiole, dans la cavité de la matrice. Il faut provoquer des contractions, pour compléter la réduction de l'organe et déterminer l'occlusion du col. Je recommande les injections froides vinaigrées, l'introduction fréquemment réitérée de fragments de glace dans le vagin, comme hémostatiques et astringents à la fois, toutes les deux heures une dose de 25 centigrammes de seigle ergoté fraîchement pulvérisé, administré par la bouche, et quelques injections sous-cutanées, les premiers jours, d'une solution de 1 gramme d'ergotine de Bonjean dans 7 grammes de glycérine pure et 8 grammes d'eau distillée, toujours dans le même but.

L'après-midi du même jour, 19 février, à l'aide d'un de mes spé-

colume à gorge, j'examine la malade en pronation sur les coudes et les genoux, et je constate à la vue, comme le matin au toucher, la réduction parfaite de l'inversion, le col encore assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt; mais déjà la rétraction est plus avancée que ce matin : l'hystéromètre y pénètre profondément à 8 ou 9 centimètres. Il n'y a plus aucun doute à avoir sur le succès complet de l'opération.

Je recommande à la malade de rester couchée sur le côté, d'introduire de temps en temps des fragments de glace dans le vagin, de continuer les injections styptiques et astringentes.

Le 20. Le lendemain, le col est déjà resserré. Les deux lèvres en sont bien distinctes; toute perte sanguine est arrêtée. Régime tonique, bouillon à la boule, viande, vin vieux, cognac, etc.

Le 21. Nouvelle constatation de la réduction. La malade garde encore le lit et fait usage de seigle ergoté, à intervalles de plus en plus éloignés.

Quelques jours après, quoique très-faible, elle commence à faire quelques pas dans la chambre et même au dehors.

A partir de ce moment, le rétablissement fut rapide. Les toniques, le fer, le quinquina, l'alimentation choisie, le grand air, l'hygiène firent merveille.

Le 26 février. Retour des règles, revenues à leur type normal. L'écoulement de sang, modéré, dure quatre jours.

Le 3 mars. La malade rentre chez elle, entièrement guérie.

Il n'est pas besoin d'accompagner de longues réflexions une observation, qui est intéressante à tous égards, mais particulièrement par sa simplicité :

1° Elle montre la facilité qu'il y a quelquefois, à guérir une maladie réputée, jusqu'à nos jours, incurable;

2° Elle est un frappant exemple du parti avantageux que l'on peut tirer des propriétés du tissu de l'utérus, lorsqu'on sait les mettre en jeu, au service du traitement de ses maladies;

3° Elle démontre quelle différence il y a d'une malade à l'autre, au point de vue de la tolérance, et combien il faut se garder de dédaigner un moyen rationnel, alors même qu'il serait mal supporté par certaines malades, puisqu'il peut jouir auprès d'autres de toute son efficacité;

4° Enfin, il résulte de ce nouveau cas rapproché des faits nombreux que j'ai déjà rapportés, que le traitement de l'inversion utérine peut être regardé aujourd'hui comme parfaitement réglé;

1° Quant à la *facilité à guérir une maladie antérieurement réputée incurable*, il ne peut plus y avoir de doute aujourd'hui. J'ai sans doute, plus que personne, lieu d'en être surpris, quand je me souviens qu'il y a moins de vingt ans, la première malade atteinte d'inversion qu'il m'a été donné de soigner, et que j'ai été assez heureux de guérir, me fut adressée par les deux premiers médecins d'une grande ville, justement renommés, qui regardaient, avec tous les autres médecins à peu près, cette maladie comme incurable. C'est à l'occasion de cette malade que j'imaginai ma nouvelle méthode de réduction. — Je n'oublierai non plus jamais une dame que j'ai vue traîner, durant quarante ans, une existence misérable, menacée à tout moment de périr d'hémorrhagies, parce qu'elle avait cru devoir refuser, avec raison, selon moi, le seul moyen que Jobert de Lamballe lui eût offert d'employer pour mettre fin à ses maux, l'amputation du globe utérin par l'instrument tranchant.

Aujourd'hui, non-seulement on a des procédés qu'on peut réputer, sans danger sérieux, de faire l'ablation de l'utérus inversé, irréductible, atteint de métrorrhagies foudroyantes; non-seulement on est en possession d'une méthode sûre d'opérer la réduction de l'organe, surtout dès les premiers instants ou au début de l'inversion, et même à une époque fort éloignée du début, lorsque cette réduction n'est empêchée par aucune des complications, telles que des adhérences péritonéales, qui apportent à la réduction une impossibilité absolue; mais encore on peut provoquer habilement, de la part de la matrice elle-même, des contractions qui, dirigées méthodiquement, finissent par effectuer la réduction spontanée ou naturelle de l'organe.

C'est un exemple remarquable de l'utilité thérapeutique des

connaissances physiologiques. L'analyse du mode naturel de dilatation de l'orifice utérin, de l'expulsion physiologique du fœtus et de l'expulsion pathologique d'un polype, ainsi que de l'inversion qui peut la suivre, a seule pu nous conduire au procédé si simple par lequel nous en venons enfin à réaliser la méthode thérapeutique de la dilatation de l'orifice et de la réduction de l'inversion, à l'imitation de la dilatation physiologique de l'orifice et de l'expulsion également physiologique des corps qui peuvent être contenus dans la matrice.

Ce qui étonne le plus, c'est qu'une méthode de traitement de l'inversion, si simple, si facile, en un mot, si naturelle, puisqu'elle est calquée sur l'accomplissement d'une fonction naturelle ou physiologique, n'ait pas été plus tôt trouvée.

2° *Le parti avantageux que l'on peut tirer de la mise en jeu des propriétés du tissu de l'utérus au service du traitement de ses maladies*, ne brille nulle part peut-être d'un si vif éclat que dans ce mode de traitement de l'inversion utérine chronique.

J'ai appelé l'année dernière l'attention de l'Académie des sciences (Institut de France) sur les altérations diverses que subissent les divers éléments de la matrice, envisagées comme bases de distinction et de classification de ses maladies (1). Ces mêmes altérations servent souvent de base aux indications thérapeutiques. Quant aux propriétés de ces tissus et aux actes physiologiques qui s'associent pour l'accomplissement des fonctions de ce singulier organe, elles deviennent le point de départ de procédés artificiels et de méthodes thérapeutiques qui, à l'imitation des actes naturels et des fonctions physiologiques, peuvent conduire à la guérison des maladies en apparence les plus rebelles.

Par exemple, par l'observation que je viens de rapporter et

---

(1) *Mémoire sur les altérations histologiques de l'utérus dans leurs rapports avec les principales maladies de cet organe*, présenté à l'Académie des sciences le 28 mai 1877.

par plusieurs autres, nous apprenons aujourd'hui à utiliser les propriétés de l'utérus, ses fonctions propres et ses actes physiologiques spéciaux, au profit du traitement de ses maladies, ou du retour vers l'état normal de ces fonctions altérées ou de ces actes devenus pathologiques.

Instabilité d'une organisation qui n'est, pour ainsi dire, jamais fixe, atrophie, hypertrophie, tendance à l'hypertrophie, à la création de tissus nouveaux, etc. : voilà surtout les propriétés dont nous tirons un très-grand parti dans le traitement des maladies de matrice, je dirai même un si grand parti que, sans cela, je renoncerais à les traiter, tandis qu'avec leur aide, je me sens toujours plus puissant, en entreprenant la cure de quelques-unes de ces maladies, que je ne le suis effectivement en entreprenant celle de quelques-unes des maladies d'aucun autre organe.

Une propriété remarquable, celle sur laquelle est fondé le traitement dont on vient de lire un exemple, c'est la dilatation et l'ouverture des orifices de la matrice sous l'influence de la pression exercée sur le corps de l'organe. C'est elle qui provoque l'accouchement à la fin de la grossesse et même à un moment prématuré; c'est elle qui provoque l'expulsion d'un polype, comme celle d'un fœtus, d'une môle, d'un caillot de sang épanché, etc. Que ce soit du dedans au dehors ou du dehors au dedans qu'elle s'exerce, les effets en sont les mêmes. La muqueuse ou, plus généralement, la paroi du corps de la matrice est-elle pressée, distendue; bientôt, par action réflexe, les muscles de ce corps de l'utérus se contractent, ils exercent sur les bords de l'orifice une traction circulaire, excentrique, qui le dilate et l'ouvre, jusqu'à un tel point que ce corps lui-même finit par pouvoir passer au travers de l'orifice que lui seul a pu dilater.

Dans le cas d'inversion, l'utérus est retourné; c'est la même chose qui se passe, mais à cette différence près que c'est en sens inverse. A l'aide d'un corps résistant, mais souple et, comme l'on dit, rénitent, qui se moule en partie sur l'utérus, nous exerçons sur la majeure partie de la face interne de l'or-

gane, devenue externe, une pression lente, modérée, mais continue. Cette pression, comme celle qu'exerce un polype en dilatant l'organe lorsqu'il y est contenu, met en jeu, par action réflexe, la contractilité de ses fibres musculaires. Nous en avons eu la preuve par les douleurs que la malade a éprouvées : de véritables contractions intermittentes, expulsives, comme les douleurs de l'accouchement, se développent et quand elles ont suffisamment dilaté le col, ces fibres mêmes du corps, surtout refoulées incessamment par la pression continue du pessaire à air, finissent par passer à travers ce col dilaté, par se retourner sur elles-mêmes et par reprendre, avec leur position normale, leur forme naturelle antérieure, c'est-à-dire la forme concave, tapissées qu'elles sont toujours par la membrane muqueuse.

Les douleurs intermittentes, douleurs expulsives de la parturition, que nous avons notées comme indices des contractions dilatatrices du col et que nous avons signalées, comme étant toujours de bonne augure en pareille occasion, nous les avions également observées en semblable circonstance, ainsi que ceux de nos confrères qui ont bien voulu, sur nos conseils, recourir à cette méthode. Ces mêmes douleurs expulsives ont été notées aussi dans l'observation de Tyler Smith, le promoteur de la méthode, et notées aussi par ceux qui ont marché avec nous sur ses traces.

3° *Une différence considérable sépare une malade de l'autre, au point de vue de la tolérance de la même méthode ou du même procédé thérapeutique.* Il était curieux de voir combien aisément notre malade supportait la pression du pessaire sur l'utérus inversé. Du reste, cette pression est douce; le pessaire gonflé d'air est souple, rénitent. Il n'est pas nécessaire qu'il appuie sur l'organe fortement, au point de le contondre. Il importe, au contraire, que cette pression, douce, égale sur tous les points, se répartisse uniformément sur la plus grande surface possible et qu'elle puisse être tolérée fort longtemps.

Malgré cette tolérabilité apparente, il est des malades, même

à première vue, moins sensibles, moins délicates, que ne l'était notre dernière malade, fort délicate et fort craintive, qui néanmoins ne peuvent, en aucune façon, supporter la pression du pessaire Gariel. J'ai vu précédemment plusieurs malades ne pouvoir supporter, à aucun moment du mois, près ou loin de l'époque menstruelle, ni dans aucune attitude, couchée, levée, ou assise, ni enfin d'aucune manière, cette pression. Je ne parle pas, bien entendu, de celles dont l'inversion était aggravée par des complications, des brides péritonéales, des adhérences, des périmétrites, des ovarites, etc. La découverte ou la constatation, même douteuse, ou incertaine, de ces complications, n'explique que trop bien l'intolérance des malades. Mais il en est, chez lesquelles cette tolérance est bien purement idiosyncrasique, et dépend d'une impossibilité de souffrir ce genre de pression; car les mêmes malades ont souffert le genre de douleurs bien plus intense, bien plus difficile à supporter, que causent les manœuvres de taxis nécessaires pour tenter et surtout pour mener à bonne fin la réduction artificielle.

Notre malade, au contraire, comme un certain nombre d'autres, dont les observations sont en nos mains, supportait si bien la pression du pessaire, qu'elle n'en a ressenti aucune douleur, excepté celles qui sont survenues au bout de quelques jours, avec le caractère de contractions expulsives et qui ont été cause que la malade a failli compromettre sa guérison, en voulant retirer le pessaire, de crainte que ces douleurs fussent de nouveaux symptômes d'aggravation du mal, tandis qu'elles n'étaient que la cause et la preuve même de la tendance à la guérison.

4° Enfin, *le traitement de l'inversion utérine est réglé méthodiquement aujourd'hui;* telle est la conclusion finale que l'on peut tirer du rapprochement de ce nouveau fait de ceux que j'ai déjà rapportés.

Il faut distinguer trois cas :

1er cas. *Il faut provoquer la réduction spontanée de l'inversion utérine par la pression continue, à l'aide du pessaire à air dans le vagin;* c'est-à-dire qu'il faut demander d'abord à la nature tout ce qu'on peut en espérer. A moins qu'il n'existe des brides cicatricielles ou péritonéales, des adhérences séreuses d'un

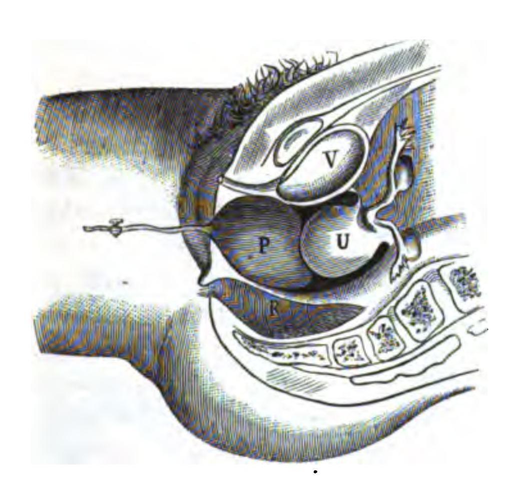


Fig. 1.

Pression continue à l'aide du pessaire à air dans le vagin, pour provoquer la réduction spontanée de l'inversion utérine. *V*, vessie; *R*, rectum; *U*, utérus; *P*, pessaire sphérique en caoutchouc gonflé d'air (1).

côté à l'autre qui empêchent l'organe d'être retourné sur lui-même et apportent un obstacle physique à la réduction, ou qu'il n'y ait de la part de la malade une intolérance idiosyncrasique pour ce genre de pression, on a la certitude de voir la réduction s'opérer spontanément. Du dixième au quinzième jour, la réduction a lieu. Il n'y a pas à hésiter, il faut toujours débuter par cette tentative.

---

(1) Cette figure et les deux suivantes sont empruntées à la 3e édition du *Traité pratique des maladies de l'utérus*, de M. le professeur Courty, dont la première partie est mise en vente chez Asselin, éditeur.

2° cas. *Opérer la réduction artificielle par le taxis, aidé de la chloroformisation et, au besoin, du débridement, en retenant le col à l'aide de deux doigts de la main qui ne refoule pas, introduits dans le rectum et courbés en crochet.* Si l'application du pessaire à air dans le vagin et la pression continue de la tumeur ne réussissent pas, ou ne peuvent pas être supportées, en un mot, si la réduction spontanée est impossible, il faut en appeler à l'art et tenter la réduction artificielle, non par des

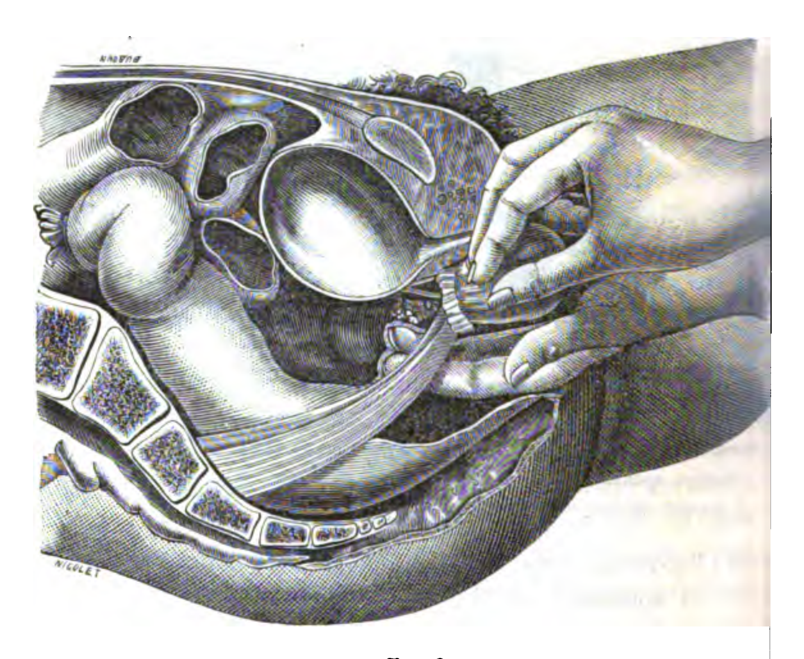


Fig. 2.

Opération du taxis, pratiquée dans le vagin sur le corps de l'utérus avec la main droite, tandis que le col est retenu à l'aide de deux doigts de la main gauche introduits dans le rectum et courbés en crochet en dedans des ligaments suspenseurs utéro-sacrés, pour obtenir la réduction artificielle de l'inversion utérine.

moyens illogiques, c'est-à-dire par des pressions sur le corps de l'organe sans retenir le col, comme si l'on voulait réduire

une fracture par une extension sans contre-extension. On ne peut ainsi que faire glisser la matrice ou la déchirer, soit qu'on emploie la main, soit qu'on s'aide d'une baguette de tambour, comme on n'a pas craint de le tenter. Nous ne conseillons pas davantage d'imiter Gaillard Thomas, d'ouvrir le ventre et d'aller directement dilater le col par l'hypogastre, pour aider à la réduction du corps par le vagin. — Il n'y a qu'un moyen de retenir le col : c'est celui que j'ai donné il y a vingt ans, et qui consiste à introduire deux doigts dans le rectum, à les courber en crochet pour retenir le col, à l'insertion des ligaments suspenseurs, comme on retient un gant à l'ouverture du poignet, pendant qu'avec l'autre main on refoule le corps à travers le col retenu, comme on refoule le gant à travers l'ouverture du poignet. Si le col ne cède pas pour laisser passer le corps, on peut y opérer de légers débridements multiples. On peut aussi hâter la réduction, au moment où elle est commencée, en refoulant plus spécialement d'abord une corne, puis l'autre. — J'ai réussi, chaque fois que j'ai employé ma méthode, dans les cas où il n'existait aucune adhérence. Nombre d'autres médecins, qui ont bien voulu l'employer, ont également réussi en suivant mes conseils. Dans les cas d'inversion ancienne, il est évident qu'il est préférable de commencer par la compression à l'aide du pessaire à air, pour provoquer la réduction spontanée; ce n'est qu'à défaut de la réduction naturelle qu'il faut essayer de la réduction artificielle par le taxis. Mais dans les cas d'inversion récente, surtout dans les cas où l'on assiste à la production du renversement, il faut se hâter de le réduire par ma méthode, en ayant soin de décoller préalablement le placenta, s'il est encore adhérent.

3° cas. *Si l'on n'a pu réduire la matrice, il faut la faire tomber par la ligature élastique.* Ce moyen est préférable à tout autre, même à la ligature ulcérative ordinaire ou à l'écrasement linéaire ralenti et durant plusieurs jours, de même qu'à la galvanocaustie sous la forme d'anse sécante par un fil de platine rouge, appliquée avec lenteur, de manière à durer au moins

48 heures (1). A plus forte raison est-il préférable à l'écrasement linéaire simple, à la ligature extemporanée, associée ou non à la section par instrument tranchant, plus encore à la section rapide par le bistouri ou les ciseaux, qui est la méthode la plus dangereuse. — Il a toujours réussi, soit entre mes mains, soit

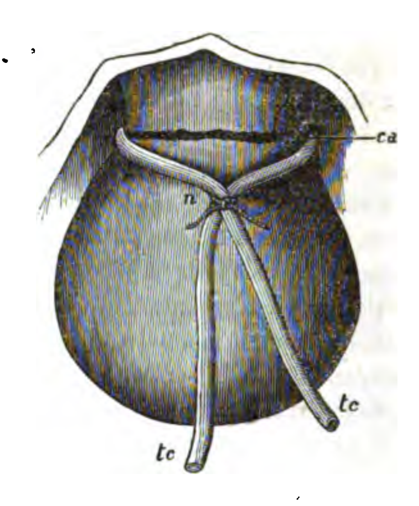


Fig. 3.

Application de la ligature élastique autour du rétrécissement cervical de la tumeur formée par l'inversion utérine, pour opérer l'ablation de la matrice. *CA*, sillon creusé par le cautère actuel ou le thermo-cautère ; *TE*, *TE*, bouts du tube élastique étreignant le pédicule de la tumeur dans une anse fortement tendue et serrée en *N* par le nœud d'un fil végétal ciré pour l'empêcher de se relâcher.

entre celles des confrères qui m'ont fait l'honneur d'appliquer ma méthode. Je conseille de tracer un sillon par un cautère hastile ou un couteau courbe de thermo-cautère, tout autour du rétrécissement cervical sur lequel doit porter la séparation,

(1) J'ai essayé de ces divers moyens, avant même la plupart des chirurgiens qui en ont annoncé l'emploi, et j'ai la certitude expérimentale de leur infériorité.

de placer ensuite un fort fil ou un mince tube de caoutchouc dans ce sillon, de le tendre de manière à le serrer fortement et d'en maintenir la constriction par un fort nœud de fil végétal ciré. La chute de l'utérus arrive du douzième au quinzième jour. On a soin de faire tout le temps des injections détersives, désinfectantes.

Le traitement répond donc à toutes les indications, et est réglé pour tous les cas : 1° inversion toute récente, *réduction artificielle* par ma méthode, après décollement préalable du placenta, s'il est encore adhérent; 2° plus tard, *réduction spontanée*, par le pessaire Gariel; 2° si l'utérus résiste, tenter la *réduction artificielle* par le taxis suivant ma méthode, avec le secours de deux doigts courbés en crochet dans le rectum, taxis aidé toujours du chloroforme et au besoin de débridements; 4° si l'utérus résiste encore et si le danger d'épuisement par hémorrhagie devient pressant, faire l'*ablation du corps de l'utérus par la ligature élastique*.

DE L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL PAR LES VOIES NATURELLES SUBSTITUÉ A L'OPÉRATION CÉSARIENNE *POST MORTEM*.

Par le Dr A. Thévenot.

BIBLIOGRAPHIE.

Observation de Rigaudeaux. *Journal des Savants*, janvier 1749.

Première communication de Duparcque, sur l'accouchement forcé par les voies naturelles, à la Société de médecine de Paris, avril 1823. In *Gaz. hebd.*, 1864.

Heymann. *Die Entbindung lebloser Schwangern mit Beziehung auf*

d'ielex regia, Coblenz, 1832. Heymann propose, dans ce mémoire, de pratiquer l'accouchement forcé, aidé au besoin du débridement du col.

Rizzoli. A la suite d'une opération césarienne *post mortem*, Rizzoli pense qu'on pourrait, dans tous les cas, substituer à cette opération l'accouchement par les voies naturelles, et commence à l'enseigner. 1833.

Rizzoli. Accouchement forcé *post mortem* chez un phthisique. Enfant mort. 1834.

Fait de Duparcque. Accouchement forcé pendant l'agonie ; survie de l'enfant. 1840.

Golinelli. Eclampsie ; mort apparente ; survie de l'enfant et de la mère. 1843.

Pelegrini Giuseppe. Deux accouchements forcés pendant l'agonie ; survie des deux mères. *Annali universali di medicina*, 1844.

Rivani. Eclampsie ; mort apparente ; enfant mort ; survie de la mère. 1850.

Rizzoli. Epidémie de choléra ; fœtus extraits vivants par l'accouchement forcé. 1855.

Verardini. *Bollettino delle Scienze mediche*, Bologna, mars 1859.

Réponse de Verardini à Giordano, Bologne. *Bollettino sor. dic.* 1860.

Marquez. *Sur l'opération césarienne* post mortem. *Gaz. méd. Strasbourg*, mai 1861.

Otterbourg. *Gazette des hôpitaux*, Paris, n° 106, 10 septembre 1861.

Otterbourg. *Revue médicale*, 31 août 1861.

Esterle. *Annali universali Omodei*, accouchement artificiel pendant l'agonie, sur 5 cas, 3 enfants vivants. Nov. 1861.

Duparcque. *Sur l'accouchement par dilatation forcée du col de l'uterus*. Paris, 1861.

Letenneur. *De l'opération césarienne après la mort*. Nantes, 1861.

Verardini. *Del parto Forzato nelle morte incinte in sostituzionee del taglio cesareo*. Memoria dell. accademia delle scienze del instituto di Bologna. T. XII, p. 239, 1862.

Lettre de Finizie à Verardini. Août 1862.

Obs. de Devilliers. *Bulletin général de thérapeutique méd. et chirurg.* Juin et nov., p. 469, 1862.

Devilliers. *De l'extraction du fœtus par les voies naturelles pendant l'agonie. Union médicale*, juin 1862.

Lettre de Devilliers. *Union médicale*, octobre 1862.

E. Janssens. Analyse du mémoire de Ferd. Verardini. *Journal des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 36e vol., p. 431.

Verardini. Lettera à Cav. Giordano sulla convenienza, etc. *Bullettino*, vol. XIX, seria 4°, 1863.

E. Münch. *De l'accouchement artificiel après la mort.* Thèse inaug. Strasbourg, 1864.

Perrin. Rapport *in Bulletin de la Société médico-pratique de Paris*, 1864.

Hyernaux. *Traité pratique de l'art des accouchements*, 2e édit., p. 801. Bruxelles, 1866.

Belluzzi. *Nuovi fatti in apogio.* Bologna, 1866.

Ferrattini. *Nuovo fatto in apogio. Liguria medica.* Genova, 1868.

Verardini. *Del parto forzato o meglio*, etc. *Annali universali.* Milano, 1868.

Hyernaux. *Accouchement forcé pratiqué chez une femme agonisante et chez une femme morte. Journal des Sciences médicales et naturelles* Bruxelles, août 1869.

Pigeolet. Note publiée dans le *Journal des Sciences médicales de Bruxelles.* Nov. 1869.

Discussion à la Société de médecine de Bruxelles (Janssens, Pigeolet, etc.). In *Journal des Sciences méd. et nat.* Bruxelles, février 1870.

Belluzzi. Observation critique ; réponse à M. Pigeolet. Avril 1870.

Verardini. *Enni storici e studi intorno*, etc. *Bollettino Bologna*, aprile 1871.

Verardini. *Rettificazioni storico-critiche. Bollettino Bologna*, septembre 1870.

Rizzoli. *De l'accouchement artificiel instantané par les voies naturelles, en remplacement de l'opération césarienne, chez les femmes mourantes ou décédées dans un état de grossesse avancée.* Clinique chirurgicale, mémoires de chirurgie et d'obstétrique. Traduction Andréini. Paris, 1872.

Verardini. *Intorno al parto Forzato.* Lettera à Strambio. 1873.

Gaetano-Moretti. *Sul parto forzato nella donna gestante prossima à morire. Annali universali di medicina.* Milano, vol. 239, 1877.

Belluzzi. *Ancora*, etc. *Bollettino Bologna*, gennaio 1878.

I

DE L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL PAR LES VOIES NATURELLES, SUBSTITUÉ A L'OPÉRATION CÉSARIENNE *post mortem*, LORSQUE LE TRAVAIL EST COMMENCÉ, L'ORIFICE CERVICAL DILATÉ OU DILATABLE.

Le conseil de tenter l'accouchement artificiel par les voies naturelles, dans le cas de grossesse avancée, chez les femmes qui viennent de mourir, est relativement ancien et paraît remonter à Schenk (1665).

Toutefois ce conseil avait été peu suivi et était presque oublié, lorsque quelques cas vraiment extraordinaires de mort apparente chez des femmes grosses et en première ligne le fait de Rigaudeaux, attirèrent l'attention de Baudelocque et de ses successeurs sur ce point. Tous pensèrent qu'avant de recourir à la section césarienne il fallait s'assurer de l'état des parties, et chaque fois que cela serait possible faire l'accouchement par les voies naturelles.

L'observation de Rigaudeaux a donc été le point de départ de cette pratique nouvelle, et quelque connu que soit ce fait, il est si fécond en enseignements que je crois devoir le transcrire en entier.

Observation communiquée à M. Bruhier par M. Rigaudeaux, chirurgien aide-major des hôpitaux du roy et chirurgien juré, accoucheur, à Douai (1).

Il fut appelé le 8 septembre 1745, pour accoucher la femme de François Dumont, du village de Lowarde, à une lieu de Douai. On était venu le chercher à 5 heures du matin, mais il n'avait pu y arriver qu'à 8 heures et demie. On lui dit, en entrant, que la femme

---

(1) Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux, etc., par M. Levret. Journal des savants. Janvier 1794, p. 34.

était morte depuis près de 2 heures, et que malheureusement on n'avait pu trouver de chirurgien pour faire l'opération césarienne. Il s'informa des accidents qui avaient pu causer une mort si prompte, et on lui dit que la morte avait commencé à sentir des douleurs pour accoucher la veille vers les quatre heures du soir; que la nuit, elles avaient été si violentes, qu'elle en était tombée plus de dix fois en faiblesse et en convulsions; et que le matin étant sans force et sans autres secours que celui de la sage-femme, qui ne savait pas grand'-chose, il était survenu, vers les 6 heures, une nouvelle convulsion avec écume à la bouche qui avait été suivie de mort.

M. Rigaudeaux demanda à voir la morte, elle était déjà ensevelie. Il fit ôter le suaire pour examiner le visage et le ventre. Il tâta le pouls au bras, sur le cœur et au-dessus des clavicules, sans apercevoir aucun mouvement dans les artères. Il présenta le miroir à la bouche, et la glace ne fut point ternie. Il y avait beaucoup d'écume à la bouche, et le ventre était prodigieusement gonflé.

Il ne sait par quel pressentiment il s'avisa de porter la main dans la matrice, dont il trouva l'orifice fort dilaté, et où il sentit les eaux formées.

Il déchira les membranes et sentit la tête de l'enfant qui était bien tournée. L'ayant repoussée, pour avoir la liberté d'introduire la main tout entière, il mit le doigt dans la bouche de l'enfant qui ne donnait aucun signe de vie. Ayant remarqué que l'orifice de la matrice était suffisamment ouvert, il retourna l'enfant, le tira par les pieds avec assez de facilité, il le mit entre les mains des femmes qui étaient présentes. Quoiqu'il lui parût mort, il ne laissa pas de les exhorter à lui donner des soins, soit en le réchauffant, soit en lui jetant du vin chaud sur le visage et même sur tout le corps. Elles s'y prêtèrent d'autant plus volontiers, que l'enfant leur parut beau. Mais fatiguées d'un travail de trois heures, entièrement inutile en apparence, elles se mirent en devoir de l'ensevelir. Comme elles y procédaient, une d'elles s'écria qu'elle lui avait vu ouvrir la bouche. Il n'en fallut pas davantage pour ranimer leur zèle. Le vin, le vinaigre, l'eau de la reine de Hongrie furent employés, et l'enfant donna sensiblement des signes de vie; on fut, sur-le-champ, avertir M. Rigaudeaux, qui était allé dîner chez le curé du village. Il vint tout de suite et connut par lui-même la vérité du rapport. En moins d'un quart d'heure après son arrivée, l'enfant pleura avec autant de force que s'il était né heureusement.

M. Rigaudeaux voulut voir la mère une seconde fois; on l'avait ensevelie et même bouchée. Il fit enlever tout l'appareil funèbre, examina la femme avec toute son attention et la jugea morte comme après le premier examen.

Il fut cependant surpris que quoiqu'elle fût morte depuis près de sept heures, ses bras et ses jambes fussent restés flexibles. Il avait de l'esprit volatil de sel ammoniac, il en fit usage, mais inutilement. En conséquence, il repartit pour Douai, après avoir recommandé aux femmes présentes de ne point ensevelir la morte, que les bras et les jambes n'eussent perdu leur flexibilité, de lui frapper de temps en temps dans les mains, de lui frotter le nez, les yeux et le visage avec du vinaigre et de l'eau de la reine de Hongrie, et de la laisser dans son lit. Il partit de Lowarde à une heure après-midi. A cinq heures du soir, le beau-frère de la femme vint lui dire que la morte était ressuscitée à trois heures et demie. Nous laissons à penser au lecteur, s'il fut étonné et si ce fut avec raison. L'enfant et la mère reprirent si bien des forces qu'ils sont tous deux pleins de vie (10 août 1748), et l'on dirait même que tous deux se portent fort bien, si la mère n'était restée paralytique, sourde et presque muette; au reste, c'est en être quitte à bon marché.

« On ne saurait, dit Baudelocque (1), retracer trop souvent à la mémoire de ceux qui sont dans le cas de faire ces sortes d'opérations, l'observation de Rigaudeaux, en faisant connaître combien il est difficile, en quelques cas, de distinguer l'état d'asphyxie d'une mort réelle; elle nous apprend qu'il n'est pas toujours nécessaire d'ouvrir le sein de la femme qui paraît privée de vie depuis quelque temps, pour l'assurer à son enfant... Si l'on rencontrait après la mort de la femme des dispositions aussi favorables à l'accouchement que celles qu'on remarque dans l'observation de Rigaudeaux, il faudrait préférer l'extraction de l'enfant par les voies ordinaires à l'opération césarienne... » Capuron (2) ne fait guère qu'abréger Baudelocque.

(1) Baudelocque. *L'art des accouchements*. Paris, 1796.

(2) Capuron. *Cours théorique et pratique d'accouchements*. Paris, 1811.

« Si l'on peut se dispenser d'ouvrir le ventre de la femme après la mort, c'est lorsque les voies naturelles sont assez dilatées pour permettre l'introduction de la main et l'extraction de l'enfant, comme dans l'observation rapportée par Rigaudeaux. On pourrait même dire qu'alors l'opération césarienne serait non-seulement inutile mais encore dangereuse, supposé que la mort ne fût pas réelle, ce qui peut arriver lorsqu'il s'agit d'une attaque de syncope, d'hystérie ou d'asphyxie. »

Gardien (1) n'est pas moins explicite :

« L'impossibilité physique d'extraire l'enfant par la voie naturelle, peut seule autoriser son extraction par l'instrument tranchant, dans le cas de mort de la mère. Aussi, toutes les fois que l'orifice est suffisamment dilaté ou susceptible de l'être facilement chez une femme qui est morte pendant le travail, on doit préférer de terminer l'accouchement par les voies ordinaires, soit en appliquant le forceps si la tête est suffisamment engagée pour pouvoir être saisie avec cet instrument, soit en allant chercher les pieds si une autre partie se présente... Pourquoi ce qui se pratique chez une femme vivante ne pourrait-il pas avoir lieu chez une autre quoiqu'elle fût morte, puisque la disposition respective des parties est la même? Il est si difficile de distinguer un état d'asphyxie d'une mort réelle, qu'on pourrait croire la femme morte bien qu'elle ne le fût pas. »

Les conseils donnés par Velpeau (2) ne diffèrent pas des précédents :

« ... Quand on est appelé près d'une femme qui vient de mourir, il faut d'abord s'assurer de l'état du bassin, et tâcher d'extraire l'enfant par les voies naturelles, toutes les fois qu'elles sont assez spacieuses pour lui donner passage. Ensuite si l'hystérotomie est indispensable on la pratique... »

On pourrait facilement multiplier ces citations; toutes prouveraient que ce sont les cas de mort apparente, la difficulté ou

(1) Gardien. T. III, p. 55. Paris, 1824.
(2) Velpeau. *Traité complet de l'art des accouchements*. 1835. t. II, p. 454.

plutôt l'impossibilité de la reconnaître et partant la crainte de porter le bistouri sur une femme vivante, qui firent conseiller à nos accoucheurs l'extraction par les voies naturelles de préférence à l'opération cérarienne.

Tandis qu'en France on s'en tenait à ces préceptes prudents, en Allemagne on se montrait plus hardi. Dès 1832, Heymann propose de pratiquer l'accouchement forcé, le col n'étant ni effacé ni dilaté, en s'aidant, si céla est nécessaire, de son débridement. Proposition qui paraît avoir été peu goûtée même en Allemagne.

Presque en même temps (1833), Rizzoli à la suite d'une opération césarienne *post mortem*, opération qui lui causa beaucoup de déboires et d'ennuis, arrivait à la même conclusion que Heymann et la vulgarisait par son enseignement. Tandis que l'école de Bologne s'engageait résolument dans la voie indiquée par Rizzoli et publiait sur ces questions des faits nombreux et des mémoires pleins d'intérêt, on s'en tenait en Allemagne et en France aux conseils des classiques (Siebold, Nœgele, Velpeau, Chailly, Cazeaux), et sauf le cas isolé de Duparcque, les lettres de Devilliers et d'Otterbourg, il faut arriver jusqu'en 1861 pour entendre une voix autorisée conseiller l'accouchement forcé après la mort, même au prix d'un débridement du col.

« Je ne saurais trop insister, dit le professeur Depaul (1), avec presque tous ceux qui ont étudié cette question, sur les avantages qu'offre l'extraction de l'enfant par les voies naturelles. Il ne faudrait pas craindre de porter un bistouri sur le col et de débrider par des incisions multiples. On peut obtenir de la sorte, en quelques secondes, une dilatation suffisamment grande pour faire la version ou une application de forceps. »

Laissant de côté, et pour y revenir, l'accouchement artificiel

---

(1) Discours du professeur Depaul. Discussion sur l'opération césarienne *post mortem*. Mémoire de l'Académie de médecine de Paris, 1861.

post mortem, alors que le travail n'est pas commencé, que le col a toute sa longueur, examinons le mode d'extraction par les voies naturelles, lorsque le travail est avancé, le col dilaté ou dilatable.

La première condition, la condition indispensable, c'est que la ceinture osseuse ait ses diamètres physiologiques, puisque la réussite n'est possible que si la manœuvre est facile, rapide.

Le fait s'est présenté. Belluzi partisan de l'accouchement artificiel pendant l'agonie, fut obligé d'attendre la mort de la patiente et de faire l'opération césarienne à cause d'un rétrécissement du bassin.

Belluzi, 1863. — Femme rachitique, enceinte de 7 mois, mourant d'une dyspnée causée *a morbillo retropulso*. Il ne put faire l'accouchement forcé à cause d'un rétrécissement extrême du bassin. Il attendit la mort de la femme, pour faire l'opération césarienne. L'enfant donna quelques légers signes de vie.

Cette première condition remplie, le travail avancé, le col dilaté ou facilement dilatable, deux cas peuvent se présenter : ou bien la tête est profondément engagée dans le petit bassin. Ou bien c'est une autre partie du fœtus qui se présente; ou si c'est la tête, elle est restée mobile et laisse facilement pénétrer la main.

Dans le premier cas, quand la tête est profondément engagée et fixée dans le petit bassin, et le col dilaté ou dilatable, tous les accoucheurs sont d'accord : le cas ne peut laisser place à aucune hésitation. Il est de toute évidence que le plus déterminé partisan de l'opération césarienne *post mortem* ne pensera pas à repousser la tête, à la faire repasser dans le grand bassin, et qu'une application du forceps est la seule conduite à suivre.

Reinhart, qui cite cinq cas d'application de forceps sur des femmes enceintes mortes, fait allusion à un succès obtenu par Jackson (1). L'application avait été faite une demi-heure après

(1) Merrimann. *Die regelsvidrig Geburt uhers, van kilian*..... cité dans E. Munch. *De l'accouchement artificiel après la mort*. 1864.

la mort de la mère; après de longs efforts, il put rappeler l'enfant à la vie. C'est le seul cas de succès qui fût arrivé à la connaissance de Münch en 1866. Je n'ai pas été plus heureux, et je n'ai trouvé de mon côté aucune autre application de forceps après la mort avec conservation de l'enfant.

Devilliers eut à faire une application de forceps dans ces conditions; elle ne paraît pas avoir présenté de difficultés, puisqu'en cinq minutes il put extraire l'enfant, qui ne donna pas signe de vie. Voici les traits principaux de l'observation:

Devilliers, février 1862. — Primipare. Enceinte de 7 mois et demi, morte à la suite d'un vomissement de sang. Il y avait eu quelques douleurs; l'orifice du col est au quart de la dilatation. On ne perçoit pas les bruits du cœur de l'enfant. Le mari s'opposant à l'opération césarienne, Devilliers plaça la femme en travers du lit, et fit une application de forceps. Il put extraire, en cinq minutes, un fœtus de l'âge indiqué plus haut, et qui ne donna pas signe de vie.

Je crois que c'était là la seule conduite à tenir quand bien même la famille ne se fût pas opposée à l'opération césarienne.

Lorsque, dans les mêmes conditions (bassin normal et col dilaté), la tête est mobile au détroit supérieur, ou lorsqu'une autre partie du fœtus se présente, c'est à la version qu'il faut recourir.

Cette opération, peut-être plus souvent pratiquée, a donné quelques succès.

Cependant, plusieurs accoucheurs (Meissner, Fulda, d'Outrepont) ont été fort opposés à cette pratique, soutenant que, s'il est vrai que dans ces circonstances, les membranes étant intactes, l'introduction de la main, la recherche des pieds, l'évolution, sont rapides et sans danger pour le fœtus, il n'en est pas de même de l'extraction, pendant laquelle on peut rencontrer et on a rencontré en effet des difficultés. La circulation n'existant plus chez la mère, le moindre effort mal dirigé, la plus légère perte de temps est capable d'anéantir le souffle de vie qui persiste encore chez le fœtus.

Cette opinion repose sur une fausse interprétation, sur une connaissance incomplète des faits. Très-soutenable si l'on ne considère qu'un fait isolé, elle ne l'est plus si l'on envisage une série, elle l'est moins encore si l'on fait entrer en ligne de compte les résultats de l'opération césarienne *post mortem*.

Laissant momentanément de côté les opérations faites dans des cas de mort apparente, et qui constitueront le plus puissant argument en notre faveur, si nous nous en tenons à la version faite sur des femmes mortes pendant le travail, nous avons pu réunir cinq observations, dont deux malheureusement manquent de détails suffisants.

Ces cinq observations sont celles de :

Verhöff	1819
Talinucci	1854
Bataille (cité par Letenneur)	1861
Franchini	1861
Guéniot	1863

Voici ces observations dans leurs traits principaux :

OBSERVATION de Verhoff, de Schoonhwen (Hollande). — Grossesse à terme. Insertion du placenta sur le col. Mort par suite d'hémorrhagie. Version *post mortem.*

30 ans. Sixième grossesse. 5 accouchements heureux antérieurs. La malade perdait en abondance du sang depuis plusieurs jours. Pouls très-petit. Faiblesse générale excessive. On trouva le placenta tombé en grande partie dans le vagin. Le sang coulait en abondance et constamment. Présentation transversale. A peine la main était-elle introduite dans le vagin, que la femme fut prise d'une attaque convulsive et mourut. L'accoucheur retira la main pour donner des soins à la femme. Le placenta expulsé était alors entre les cuisses; l'hémorrhagie arrêtée. Après dix minutes de soins donnés infructueusement à la mère, il fit la version et l'extraction d'un enfant mâle à terme. Le col était mou et largement dilaté; l'opération fut faite promptement. Il ne s'écoula pas une goutte de sang par le cordon. Corps flasque; anus béant. Après des soins prolongés donnés à l'enfant et notamment après avoir laissé tomber goutte à goutte, sur la poitrine,

de l'ammoniaque liquide, la respiration s'établit, et l'enfant continua à vivre.

Efforts inutiles pour ramener la mère à la vie.

Talinucci, 1854. — Maria Munni, 22 ans, neuvième mois de grossesse. Eclampsie. On ne put reconnaître ni mouvements, ni battements du cœur fœtaux; faible souffle placentaire. Le dernier soupir rendu, Talinucci procède à l'examen des organes génitaux, il trouve le col effacé; l'orifice utérin présentant le diamètre d'une pièce de 1 franc, souple, se prêtant à la dilatation. Malgré l'opposition d'un confrère qui voulait qu'on fît l'opération césarienne, il fit pénétrer la main à travers l'orifice, rompit la poche, alla à la recherche des pieds, fit la version et put extraire un fœtus du sexe masculin, qui donna quelques signes de vie.

Verardini, *Nel porto Forzato*, p. 29.

Observation de Bataille (citée par Letenneur, 1861).

Mme X..., 26 ans. Deuxième grossesse à terme. Prise à 3 heures de l'après-midi d'une première attaque d'éclampsie, elle expire un quart d'heure après. Le col présentait une dilatation de 3 centimètres. Cette mort si subite pouvant n'être qu'apparente, Bataille croit devoir recourir à l'accouchement par les voies naturelles. Les parties ne présentant que peu de tonicité et de contractilité, la dilatation fut rapide; l'opération ne demanda que quelques minutes. L'enfant vint en état d'asphyxie; après dix minutes de soins (respiration artificielle, etc.), la respiration s'établit; l'enfant vécut jusqu'à 10 heures du soir (sept heures).

Franchini, 1861. — Melega Luigi in Ferrari. Le mari avait déclaré s'opposer à l'opération césarienne. Il put retirer, par les voies naturelles, grâce à la dilatation et avec la plus grande facilité, un fœtus vivant et qu'il put sauver ainsi. (Pas d'autres détails. Verardini. *Nel parto forzato*, p. 341.)

Guéniot, août 1863. — Grossesse au neuvième mois; mort subite. Version *post mortem*. Débridement du col; forceps; enfant mort au passage.

On notait les battements réguliers du cœur du fœtus. Col mou,

dilatable. La version réussit ainsi que l'extraction jusqu'à la tête. Débridement à droite et à gauche du col auquel on attribuait l'obstacle. La tête ne cède pas; application de forceps. Extraction. Il fût impossible de rappeler l'enfant à la vie.

(E. Munch. *Thèse inaug.*, p. 54.)

Ainsi, sur cinq versions faites après la mort, deux enfants naissent vivants et continuent à vivre; le troisième meurt au bout de sept heures; le quatrième ne donne que quelques signes de vie; le cinquième meurt, et probablement pendant l'opération.

Dans le cas de Verhöff, le col était mou et largement dilaté; l'opération fut faite promptement; l'enfant vint en état d'asphyxie, mais il put être rappelé à la vie et continua à vivre.

Dans celui de Franchini, on retira, est-il dit, avec la plus grande facilité un fœtus vivant, et qu'on put sauver ainsi. On ne relate aucnn détail sur l'état du col.

Dans l'observation de Bataille, le col présentait une dilatation de 3 centimètres; la dilatation fut rapide, l'opération ne demanda que quelques minutes. L'enfant vécut sept heures.

Dans celle de Talinucci le col est effacé, l'orifice utérin présente le diamètre d'une pièce de 1 franc; mais les bords sont souples et se prêtent à une rapide dilatation. Il n'est pas dit combien de temps dura l'opération, ni si l'extraction présenta quelques difficultés. L'enfant ne donna que quelques signes de vie.

Enfin, dans l'observation de Guéniot, on perçoit les battements réguliers du cœur du fœtus au moment de l'opération. Bien que le col fût mou, dilatable, si l'évolution et l'extraction du tronc furent faciles, il n'en fut pas de même pour la tête, dont la sortie présenta des difficultés. Il fallut débrider le col, d'où paraissait venir l'obstacle; cela ne fut pas suffisant : une application de forceps fut nécessaire pour extraire la tête. L'enfant ne put être rappelé à la vie et paraît bien être mort pendant l'opération.

Cependant, le résultat de ces cinq versions *post mortem* doit

être considéré comme satisfaisant; et, si les faits étaient plus nombreux, la proportion des enfants survivants restant la même, il serait impossible de rien dire de plus éloquent en faveur de cette opération. Et cela malgré le fait de Guéniot et la mort probable de l'enfant pendant la manœuvre. Il est incontestable pourtant que l'extraction faite dans ces conditions peut présenter des difficultés qui font courir à l'enfant un sérieux danger.

Ce danger existe déjà pendant le temps de l'extraction chez la femme vivante; il est autrement grand chez la femme morte, alors que l'échange gazeux n'a plus lieu du placenta maternel au placenta fœtal. Le plus léger retard peut être fatal; et c'est dans ces cas que, l'utérus ne se contractant pas, la tête et les bras se défléchissent; de plus, le col n'ayant été qu'en partie et très-rapidement dilaté, revient sur lui-même, se resserre à la manière d'une boutonnière, s'accroche par son bord au menton et à l'occiput, et accompagne la tête jusqu'à la vulve. La difficulté peut être grande, et le temps dépensé en ces manœuvres assez long. Je le sais par expérience, m'étant trouvé en face de cette complication dans des circonstances presque analogues. Il s'agissait d'une jeune primipare enceinte de huit mois, atteinte d'éclampsie, dans le coma depuis plusieurs heures, et chez laquelle les différents traitements n'avaient donné aucun résultat.

L'enfant était mort. Le col était effacé, dilaté comme une pièce de 1 franc. Je pris la résolution de vider l'utérus, ce qui donna le résultat attendu presque immédiatement. Vingt minutes après, la patiente sortait du coma et n'avait plus d'attaques. La dilatation du col, la rupture des membranes et la recherche des pieds, l'évolution du fœtus, la sortie du tronc, ne demandèrent que quelques instants; mais il n'en fut pas de même de l'extraction de la tête : le col l'accompagna jusqu'à la vulve; je pus avec les doigts dégager la tête, mais cela demanda une dizaine de minutes, pendant lesquelles si le fœtus n'avait pas été mort, il eût couru les plus grands dangers.

Je ne veux donc en aucune façon pallier ou atténuer les dangers de cette complication. Mais ce n'est nullement un motif

pour abandonner l'accouchement par les voies naturelles; car d'une part ce danger est rare, et de l'autre ce danger est largement compensé par la promptitude avec laquelle on peut agir.

La version peut se faire à l'instant même de la mort; elle peut se faire, et c'est là un avantage inappréciable, pendant l'agonie.

L'opération césarienne entraîne avec elle des hésitations, des retards inévitables.

La connaissance des résultats donnés par l'opération césarienne *post mortem* est indispensable pour apprécier avec équité les résultats de l'accouchement artificiel par les voies naturelles, que le col soit dilaté ou dilatable comme dans les cas précédents, ou qu'il ait conservé toute sa longueur ou une partie de sa longueur comme dans ceux que nous examinerons plus tard.

Lorsque le fœtus survit à la mère, le temps pendant lequel il lui survit est en général très-court; il dépend du genre de mort, de sa rapidité. Les données que nous possédons à cet égard nous viennent d'une part d'expériences physiologiques, d'autre part de statistiques d'opérations césariennes *post mortem*.

Les conclusions auxquelles est arrivé Breslau (1868) à la suite d'expériences sur des lièvres, des lapins et des cochons d'Inde, sur la survie du fœtus après la mort de la mère, sont les suivantes :

1° Il ne peut pas être révoqué en doute que le fœtus humain, ainsi que ceux des animaux, survit toujours à sa mère quand la mort a été prompte et violente, comme dans l'hémorrhagie, l'asphyxie, l'apoplexie, les coups sur la tête, etc.;

2° Il est admissible que le fœtus humain survit plus longtemps à la mort de la mère que les petits des animaux;

3° Il n'est pas probable que l'opération césarienne donnera un fœtus vivant ou dans un état de mort apparente, si elle n'est faite dans le premier quart d'heure ou tout au moins vingt minutes après la mort;

4° Si la mère a succombé à une maladie du sang, telle que le choléra, le typhus, la fièvre puerpérale (pendant la grossesse ou l'accouchement), la scarlatine ou la variole, on ne peut es-

pérer de conserver l'enfant, parce que les conditions de son existence n'ont pas été supprimées d'un seul coup, mais bien anéanties peu à peu. Il en est de même dans les cas d'empoisonnements par des substances qui déterminent une décomposition très-rapide du sang, telles que l'acide cyanhydrique et les poisons analogues. La mort par le chloroforme paraît constituer une exception à cette règle, parce que le chloroforme ne paraît pas pénétrer en substance dans la circulation de l'enfant.

Ces conclusions sont corroborées par la clinique et les statistiques d'opération césarienne *post mortem*.

Esterle (mémoire de 1861) sur 7 opérations césariennes faites par lui, ne put extraire qu'un seul enfant vivant et qui vécut seulement quelques heures.

Sur 20 cas d'opérations césariennes communiqués par ses collègues italiens, un seul succès.

Il rappelle que Swarz sur 13 opérations eut un seul résultat favorable; que dans le grand-duché de Hesse, dans 42 opérations, tous les fœtus furent trouvés morts.

Enfin, il rappelle la statistique déjà ancienne de Heymann et celle plus récente de Lange.

Statistique de Heymann, de 1800 à 1832.

Sur 200 opérés : 160 fœtus extraits morts.
24 moribonds.
10 vécurent quelques heures.
4 furent sauvés.

Statistique de Lange, de 1832 à 1847.

Sur 143 opérations césariennes : 124 fœtus furent trouvés morts.
11 donnèrent quelques signes de vie.
3 vécurent de 2 à 4 heures.
3 survécurent.

Et ce qui met le mieux en relief l'état de la question, c'est l'intéressante statistique dressée par Lange à différentes époques.

Avant 1700 si l'on prend en bloc les faits relatés dans les traités d'embryologie sacrée (Cangianula, etc.), l'opération césarienne a donné 70 p. 100 d'enfants vivants.

De 1700 à 1800......	12 p. 100.
Depuis 1800, à peine . .	2 p. 100.

Ainsi, voilà qui est bien net, si on laisse de côté ce ramassis de faits fabuleux recueillis par les embryologistes sacrés du XIIe au XVIIe siècle; si on soumet à l'analyse les faits recueillis depuis le commencement de ce siècle, on arrive à ce résultat que sur 100 opérations césariennes faites après la mort, on sauve un enfant, deux tout au plus.

Si l'on nous objecte que Villeneuve (1862) et d'autres citent des cas de survie de plusieurs heures.

2	cas d'enfants trouvés	vivants après	2 heures.
1	—	—	2 h. 1/2.
1	—	—	3 h.
1	—	—	4 h. 1/2.

Nous répondrons d'abord que les cas d'opérations césariennes *post mortem* colligés par Reinhart et Heymann, appartenant au XIXe siècle, ne présentent aucun exemple d'un enfant extrait vivant, plusieurs heures après la mort de la mère; qu'il faut à l'endroit de ces chiffres se tenir sur la réserve.

Nous dirons ensuite, que comme dans le cas de Rigaudeaux, il y a des faits de mort apparente, soit de la mère, soit de l'enfant, faits qui prouvent surabondamment, que quand bien même les battements du cœur fœtal ne sont pas perçus (ils peuvent se suspendre 15 à 20 minutes), c'est toujours un devoir pour le médecin de délivrer une femme dans une grossesse avancée, faits qui ne prouvent rien contre les chiffres donnés plus haut.

La statistique de Lange garde toute son éloquence; et lorsque le professeur Depaul fixait à une heure le temps de survie possible de l'enfant à la mère, il fixait une extrême limite.

Les résultats donnés par la statistique sont tels qu'on a dû chercher à faire autrement et mieux; ces résultats sont tels qu'ils justifient presque Roser de s'être cru autorisé à pratiquer l'opération césarienne chez une femme qui allait mourir, et réussit ainsi à sauver l'enfant.

N'avions-nous pas raison de dire que cette courte série de 5 observations, citée plus haut, est très-heureuse?

Elle prouve que malgré les attaques dirigées contre elle, la version *post mortem* est supérieure à l'opération césarienne.

Elle lui est supérieure parce que l'intervention est immédiate; que l'intervention étant immédiate et la manœuvre le plus souvent rapide, il y a plus de chances d'extraire l'enfant vivant.

L'opérateur n'a pas les hésitations inhérentes à l'opération césarienne.

Dans l'opération césarienne il se demande si la mort n'est qu'apparente, s'il ne va pas ouvrir une femme vivante, doute qui a fait hésiter la main de plus d'un médecin.

L'opération est par elle-même si grave, qu'on ne se résout à la faire, qu'avec le consentement, l'assentiment de la famille: souvent la famille hésite, parfois refuse, d'où un retard presque inévitable.

Quelque courts que soient les préparatifs de l'opération, ils exigent quelques instants; car elle doit être faite avec autant de soins que si la femme était vivante, de là de nouveaux délais.

C'est à cause de ces retards et de ces hésitations que les statistiques d'opérations césariennes donnent de si tristes résultats, c'est parce que dans la version *post mortem*, il n'y a ni retards ni délais, que dans la trop courte série donnée plus haut, le résultat est relativement si favorable.

(A suivre.)

AMPUTATION ET EXCISION DU COL UTÉRIN

INDICATIONS ET MÉTHODES OPÉRATOIRES

Par John Byrne, M. D., de Brooklyn, New-York.

Traduit de l'anglais par le Dr CORDES.

Jusqu'ici, les termes amputation et excision du col de l'utérus ont été employés comme synonymes; l'un et l'autre s'appliquent en effet à l'ablation totale ou partielle du col, qu'il soit hypertrophié ou même atrophié.

Mais, en étudiant certaines conditions morbides de cet organe — comme, par exemple, dans les cas où la maladie a déjà détruit une grande partie du col, et où il reste peu de tissu à enlever — le terme excision s'appliquera plus proprement à cette opération. Aussi, en tête du mémoire que j'ai l'honneur de présenter à la Société (1), quoique ces deux termes puissent quelquefois être pris indifféremment l'un pour l'autre, j'ai cru devoir adopter les deux mots, pour mieux indiquer le sujet que je vais traiter.

On peut dire que les travaux d'Osiander, de Gottingue, qui ont paru dans les dix premières années de ce siècle, ont marqué la fin de l'enfance de cette opération, et ont terminé sa période d'essai, en en faisant une méthode sûre et solide. Jusque-là, les autorités chirurgicales de l'Europe, mais surtout l'école française, ne paraissaient pas fort éloignées d'accepter les suggestions de son illustre père, A. Paré; cependant, dans le

(1) Société américaine de Gynécologie, séance du matin 30 mai 1877 (*trad.*).

petit nombre de cas dans lesquels on paraît l'avoir faite, on ne peut trouver aucune donnée utile ou précise sur les indications de cette opération, ou sur les procédés d'exécution.

Il serait donc inutile et il serait trop long de rechercher dans les livres anciens comment elle a lutté pour obtenir droit de cité dans la chirurgie.

Plusieurs années après l'invention, ou plutôt la résurrection de cette opération, Osiander était encore son seul avocat en Allemagne; et, quoique les uns lui attribuent 9 amputations du col, faites avec un plein succès, et les autres 23, il ne paraît pas que son expérience ait eu pour résultat de la faire accepter par la généralité de ses compatriotes. Il est utile d'ajouter que, soit que sa probité scientifique laissât à désirer, ce dont on l'accusait ouvertement et incessamment, soit que ses contemporains eussent de l'animosité contre lui, ses actes professionnels, pris en masse, et ses affirmations au sujet de ses succès, dans ces cas particuliers, ont été l'objet de très-sévères critiques, si bien qu'on a avancé que le nombre de ses échecs a dépassé celui de ses succès. Sur le sol plus sympathique de la France, elle trouva au contraire de chauds avocats parmi les grands noms de la chirurgie. Dans la Grande-Bretagne, fait remarquable dans l'histoire de l'amputation du col, depuis la publication du premier cas de Simpson, pendant que les rapports favorables des hôpitaux français et continentaux remplissaient des volumes et que les journaux regorgeaient des récits de succès, il lui fallut trente-neuf ans pour prendre pied sur la terre anglaise. Je dois aussi dire que l'Amérique, qui a donné naissance à l'ovariotomie, a, de même, devancé sa mère patrie sur le terrain de l'amputation du col.

Le premier chirurgien des États-Unis qui l'a exécutée est le professeur J.-C. Warren, de Boston, le 14 avril 1829. Le Dr John B. Strahan, de Pétersbourg (Virginie) suivit bientôt son exemple, et fit une amputation du col, le 9 septembre de la même année, exactement vingt ans après Mac Dowell, du Kentucky, et onze ans avant Simpson.

Les efforts des gynécologistes américains, depuis cette époque,

sont connus; j'y reviendrai plus tard, ainsi que sur les expériences et les opinions de quelques médecins européens dont le nom fait autorité.

Je vais maintenant examiner: premièrement quelles sont les altérations de l'utérus qui appellent l'excision du col, entière ou partielle; secondement, quel est le procédé opératoire qui offre le plus de sécurité, et assure le mieux le bien-être à venir des femmes qui réclament de nous le soulagement de leurs souffrances.

Une recherche étiologique des conditions qui peuvent indiquer l'excision de la portion vaginale du col m'entraînerait hors des limites imposées à ce mémoire; je devrai donc, malgré leur intérêt physiologique, éviter, autant que possible, les détails minutieux, et omettre bien des considérations pathologiques, même importantes.

En discutant les différentes méthodes opératoires, j'ajouterai quelques données cliniques, pour mieux montrer les procédés que je crois les plus sûrs et les meilleurs; je devrai donc énoncer les indications spéciales à chaque cas. Dans le but d'éviter les redites fatigantes et inutiles, je me bornerai à une courte revue des maladies utérines qui me semblent demander une opération, je prendrai mon expérience pour guide, dans cette étude. Dans son chapitre sur l'amputation du col (1), Thomas s'exprime ainsi : « Voici les conditions qui exigent ordinaire-
« ment l'ablation du col :

« 1° Les tumeurs malignes.

« 2° Une hyperplasie considérable.

« 3° L'hypertrophie longitudinale.

« 4° La conicité et l'allongement du col.

« 5° Les dégénérescences granulaire ou cystique incura-
« bles. »

Il n'existe probablement pas d'états morbides ou anomaux de l'utérus, demandant l'ablation du col, qui ne puissent par

---

(1) *Diseases of Women*. 4e édit., p. 630.

un de leurs traits principaux être rangés dans l'une de ces classes; je vais donc les étudier dans l'ordre dans lequel Thomas les a classés, en écartant pour le moment toute discussion sur la classification et les signes distinctifs des variétés de maladies malignes.

Pendant près de cinquante ans après qu'Osiander l'eut ressuscitée, un petit nombre de ses plus zélés avocats, aucun peut-être, n'a fait, ou conseillé, l'amputation du col, sauf dans les cas de tumeur maligne. Lisfranc lui-même, « cet intrépide niveleur de cols » (1), quoique sa rubrique *cancer au début* dût comprendre bien des cas d'engorgements inflammatoires ou bénins, se croyait obligé pour opérer, de supposer au moins l'existence de quelque produit hétéroplastique. Cette prudence était générale et les noms les plus marquants de la chirurgie n'accordaient à cette opération qu'un assentiment réservé, et restreignait son application aux limites les plus étroites. West, en examinant les cas, relativement rares, d'épithélioma dans lesquels il croyait justifiable ou possible l'excision du col, s'exprimait ainsi : « Il est à craindre, cependant, que les con-
« ditions qui, même dans cette maladie, réclament l'excision,
« ne se rencontrent que rarement ; car, bien que, pendant ces
« vingt dernières années, j'aie constamment cherché des cas
« qui en fussent justiciables, je n'ai rencontré qu'un seul cas
« dans lequel mes confrères l'aient considérée comme justi-
« fiable, et deux ou trois seulement, dans lesquels j'ai cru
« qu'on pût la tenter. »

Ce passage du livre de West peut être considéré comme une expression assez exacte des opinions de la majorité de ses contemporains, ou plutôt de ceux qui ne repoussaient pas cette opération de parti pris. D'autres rejetaient absolument « cette « nouveauté gynécologique venue de France, » comme j'ai entendu une fois Montgomery l'appeler, ou ne l'admettaient

(1) Duparque. *Fonctional and Organic diseases of the Uterus*. Philadelphie. 1837, p. 408.

que dans des conditions presque impossibles. Ainsi, l'un (1) nous affirme que « une opération pareille est hors de question; » un autre (2) nous dit qu'elle est « aussi cruelle que « peu scientifique; » Montgomery (3) en parlant du début du cancer utérin dit : « Je ne saurais la recommander, parce « qu'elle est formidable, et que je sais que les maladies aux« quelles elle s'adresse sont curables autrement; puis nous « n'avons aucun moyen de nous assurer si l'utérus est la « seule partie atteinte, et si d'autres organes ne sont pas aussi « malades. » Ailleurs (4) : « Je suis tout disposé à déclarer « que, dans ma conviction, elle est presque absolument impra« ticable, et complètement inutile lorsque le mal existe réelle« ment et a déjà acquis quelque développement. »

Churchill (5), après avoir énuméré les conditions diverses et les stages du développement du cancer utérin dans lesquelles on ne saurait songer à l'excision du col, ajoute : « Si nous « pouvions trouver un cancer dans lequel le mal fût stricte« ment limité au col, sans que les tissus voisins fussent con« taminés et sans que la santé générale en eût souffert, et qui, « malgré cela, présentât des symptômes qui justifiassent notre « intervention, nous pourrions être autorisés à essayer cette « opération. Mais un pareil concours de circonstances est bien « rare ! et je ne la crois pas justifiable dans aucun autre cas de « cancer, que dans celui que je viens de supposer. » Lever (6) croit que : « il est inutile d'enlever la partie malade, quelque « favorable que soit le cas, à moins que nous ne puissions « guérir la diathèse cancéreuse qui cause l'altération dans l'uté« rus, comme elle la produirait dans un autre organe. »

Les auteurs anglais n'étaient pas les seuls à critiquer dure-

---

(1) Blundell. *Diseases of Women*, p. 187.
(2) Rob. Lee. *Cyclop. of pract. med.*, vol. IV, p. 397.
(3) *Dubl. Journ. of med. sciences*, janv. 1842, p. 444.
(4) *Dubl. Hosp. reports*, vol. V, p. 456.
(5) *Diseases of Women*, éd. amér., 1857, p. 311.
(6) *Prize essay on organic diseases of the uterus*, éd. amér., p. 209.

ment ou à soupçonner l'ablation partielle ou totale du col dans les cas de tumeur maligne. Des médecins français de distinction, et d'autres sur le continent, s'opposaient à cette opération, ou la ridiculisaient de parti pris; d'autres, après l'avoir essayée au début, l'abandonnaient ou la pratiquaient moins souvent. Duparque (1), dont le Traité parut un peu avant l'exposé des exploits de Lisfranc rédigé par Pauly (2), et qui par conséquent n'a pu être influencé par les mêmes considérations que ce dernier, dit : « Les résultats malheureux dépendent *immé-« diatement* de l'inflammation qui de l'utérus gagne le péri-« toine, *médiatement* du retour de la malade, soit qu'une partie « du mal eût échappé à l'instrument, soit qu'elle fût inacces-« sible, soit encore que la prédisposition organique qui a causé « le développement de l'altération primitive produise une réci-« dive dans les points épargnés par l'opération, et qui étaient « sains au moment où elle a été faite. »

Nous voyons que ni les succès tant prônés d'Osiander, de Récamier, de Dupuytren et de tant d'autres, ni les statistiques alléchantes de Lisfranc, ni les succès audacieux de l'inventeur de l'écraseur n'ont suffi, jusque dans ces derniers temps, à convaincre un grand nombre d'hommes d'une grande valeur de l'utilité de l'ablation du col par une opération dans les cas de cancer, même à son début et encore peu étendu. Il est à peine nécessaire de faire observer que cette défiance exagérée n'était qu'une conséquence naturelle de l'histoire clinique de l'amputation cervicale pendant les vingt-cinq années qui ont suivi sa résurrection; on ne peut donc la considérer que comme une sorte de répugnance prudente et digne d'éloges pour le zèle indiscret et l'insouciance opératoire de quelques-uns de ses avocats. Quoi qu'il en soit, je suis convaincu que les moyens dangereux, à tout le moins imparfaits, qu'on employait précédemment, et qui sont, chose étrange, encore préconisés et em-

(1) *Loc. cit.*, p. 420-421.

(2) Lisfranc. *Maladies de l'utérus*. Paris, 1836.

ployés par quelques gynécologistes, n'ont pas peu contribué à produire et entretenir cette opposition à des opérations de ce genre. De nos jours, aucun auteur de marque, et peu de gynécologistes, ne doutent de l'utilité et de la possibilité de l'excision des tumeurs cancéreuses du col. La seule question que se posent ceux qui ont une grande expérience de ces matières semble être de savoir où doit s'arrêter l'opération. Ainsi, quelques-uns croient que lorsque nous reconnaissons l'existence d'une ulcération destructive du tissu cervical, et surtout quand il y a une forte probabilité pour que le mal ait envahi la portion sus-vaginale, l'intervention chirurgicale est hors de question. Parmi eux il en est qui pensent encore que toute opération hâte l'issue fatale. Je ne suis pas de ceux-là, tant s'en faut. Dans tous les cas de cancer reconnu du col, que le mal soit confiné dans une petite partie d'une lèvre ou que toute la circonférence cervicale soit envahie, on ne doit pas hésiter à enlever tout ce qu'on peut, sans compromettre la vessie et le péritoine. En d'autres termes, il faut exciser tout ce que la prudence permet d'enlever; et si l'on a de bonnes raisons de croire que la portion sus-vaginale est affectée aussi, il faut aussi l'exciser ou la traiter par des moyens appropriés et radicaux. Enfin, pourvu qu'on puisse employer des moyens qui ne mettent pas la femme en danger ou ne rendent pas plus misérable encore son existence déjà si pénible, toutes les questions et les spéculations au sujet de la cachexie, de la diathèse, de la prédisposition supposée à une récidive, quoiqu'elles aient leur valeur au point de vue du pronostic, ne doivent pas tenir en face de notre devoir envers notre malade. Quant aux cas dont je parle maintenant, de cancer avoué et incurable, accompagné de douleurs nocturnes, de pertes fétides, d'hémorrhagies répétées, ces cas même, ou pour le moins un grand nombre, peuvent encore être justiciables d'un traitement palliatif; il ne faut pas les abandonner. Non, il n'est pas digne de notre noble vocation, il n'est pas humain, sans parler de notre devoir, de refuser à la victime de cette horrible et incurable maladie, un

répit, même temporaire, à ses affreuses souffrances, sous le prétexte que nous ne pouvons plus espérer la guérison.

HYPERTROPHIE CERVICALE EN LARGEUR.

Ces cas ne sont point rares, leür diagnostic est aisé, et Thomas (1) les a admirablement décrits dans son excellent article sur l'*hyperplasie aréolaire*. Il est peu utile de rappeler, ce que chacun sait, que cet état est incurable. Les traitements les mieux dirigés, locaux ou généraux, n'ont le plus souvent qu'un mince effet curatif sur la maladie; presque tous les gynécologistes ont épuisé leur patience et leurs efforts pour améliorer les cas de cette nature. Sans doute, si l'on trouvait des femmes dont les conditions sociales, la patience et la docilité leur permissent un repos prolongé et absolu, et qui acceptassent de hasarder leur santé, ou de courir le risque d'être de vraies malades pour subir le traitement local, on pourrait souvent ramener l'utérus à ses dimensions normales. Il est vrai que, dans la plupart des cas que nous sommes appelés à traiter, il ne peut guère être question d'un repos qui puisse s'accorder avec la conservation et l'amélioration de la santé générale. Ainsi, d'après mon expérience, il n'y a qu'un petit nombre de ces cas, ceux surtout qu'on rencontre dans les classes inférieures et moyennes de la société, qui se soient guéris, mieux avec les meilleurs traitements sans une excision, totale ou partielle du col.

HYPERTROPHIE CERVICALE LONGITUDINALE.

Quand elle existe assez prononcée et qu'elle est gênante, il est à peine utile de dire que nous n'avons pas le choix du trai-

(1) *Diseases of Women*, p. 274.

ement; il est indiqué que l'amputation est la seule mesure radicale et permanente que nous puissions employer.

Le *col conoïde*, sur lequel Sims a attiré l'attention des médecins il y a plus de dix ans (1), et qui est une cause très-fréquente de stérilité, est un appel urgent à l'excision.

Les *granulations du col*, surtout si elles s'acompagnent de gonflement et d'inflammation de cet organe, sont quelquefois curables par des incisions, fréquemment répétées et profondes, rayonnant autour du museau de tanche, des douches chaudes et des moyens appropriés; cependant, je crois que l'amputation totale ou partielle les guérit plus vite, plus sûrement, et plus définitivement. Pour la *dégénérescence kystique*, je puis seulement dire, d'après l'expérience que m'a donnée le petit nombre de cas dont j'ai entendu parler, ou pour lesquels j'ai fait les applications de nitrate d'argent, d'iode, etc., dans les cavités préalablement ouvertes, que je suis convaincu que le bien-être des malades demande l'excision à tout le moins de la portion sur laquelle siégent les kystes.

MÉTHODES OPÉRATOIRES.

Jusqu'en 1850, et probablement encore quelques années après, l'amputation du col ne se faisait qu'avec les ciseaux, le bistouri, ou des instruments semblables. Depuis 1854, date de la publication des recherches de Middeldorff sur la galvanocaustique, et depuis l'introduction, en 1855, de l'écraseur, par Chassaignac, deux procédés rivaux se sont présentés à l'opérateur.

Les moyens dont nous pouvons disposer pour l'amputation du col sont donc actuellement (2):

---

(1) *Uterine Surgery*, p. 179 et seq. (p. 256 et 267 de la traduction Lhéritier, *trad.*).

(2) Les ingénieux procédés mécaniques de Colombat, et d'autres qui ont été

1° Les ciseaux, le scalpel, le bistouri;

2° L'écraseur;

3° Le galvano-cautère.

Les dangers auxquels nous exposent les ciseaux, le bistouri ou tout instrument tranchant, sont : 1° l'hémorrhagie, 2° le choc, 3° l'inflammation, 4° la septicémie. Comme on peut dire que, jusqu'en 1850, on n'avait pas d'autres procédés, et que bon nombre de gynécologistes les emploient encore maintenant, les opinions des auteurs sont fondées, pour une part du moins, sur des opérations pratiquées avec ces instruments.

Il peut donc sembler que l'amputation du col est une opération très-hasardeuse et qu'elle a des conséquences désastreuses entre les mains des chirurgiens les plus distingués de notre siècle.

Churchill (1), étudiant les formes et les degrés variés du cancer, et les limites dans lesquelles l'amputation est justifiable, paraît en restreindre l'emploi au cas d'ulcère rongeant; voici ce qu'il dit : « S'il est un cas qui exige cette opération c'est bien « celui-là; mais, même alors, *les conséquences sont si terribles*, « que la mort inévitable de la malade peut seule armer le mé- « decin d'un courage suffisant pour l'exécuter. »

Sans doute, l'absolu de cette opinion et le conseil qu'elle renferme ne s'accordent pas avec l'expérience des observateurs plus récents; cependant, elle a eu, elle a encore assez d'adeptes parmi les auteurs les plus considérables, pour qu'on ne puisse la rejeter à la légère.

Ainsi, quand Montgomery déclare que cette opération est *très-formidable*, quand Blundell regarde cette sorte d'opérations comme « hors de question, » quand Robert Lee la considère comme « cruelle et non scientifique, » quand nous savons que Récamier, Velpeau, Dupuytren, Osiander même, se sont crus obligés à l'abandonner ou à ne la faire que rarement, nous de-

---

essayés quelquefois, n'ayant qu'une valeur pratique douteuse, je ne les cite que pour mémoire.

(1) *Diseases of Women*, p. 131.

vons croire que leurs opinions étaient fondées sur une analyse sérieuse de son histoire clinique, et que la prudence dernière de ces grands chirurgiens ne peut qu'être le fruit d'une triste expérience.

Sans doute l'opposition qu'on a faite à cette opération est, pour une large part, due au doute qu'avaient les chirurgiens de la valeur d'une opération quelconque dans les cas de tumeur maligne; il est cependant probable que leur défiance et leur changement d'opinion tiennent moins à son inutilité, réelle ou supposée, qu'aux dangers qu'ils lui attribuaient.

Dans les cas d'hyperplasie simple, quand l'organisme n'est pas infecté, quand les forces ne sont pas épuisées, on n'a pas à craindre une hémorrhagie grave, et cet accident ne peut influencer considérablement sur le résultat.

Dans ces circonstances, le mal est purement local, et la plupart des malades peuvent être considérées comme fortes et saines du reste. Mais il n'en est pas de même de celles, bien plus nombreuses, dont le mal relève de cette opération, et pour lesquelles la perte de quelques onces de sang est assez grave pour faire pencher la balance du côté d'une terminaison fatale. Il est même plus que douteux qu'on puisse rencontrer ou imaginer un seul cas de tumeur cervicale maligne, demandant l'excision, dans lequel une hémorrhagie, même modérée, soit désirable et non préjudiciable. Si nous admettons que la défiance des auteurs causée par les dangers de l'hémorrhagie immédiate ou secondaire ait été trop généralisée et un peu aveugle, qu'elle ne soit, pour une large part, au moins applicable qu'à une certaine classe de cas, il nous faudra cependant avancer que le témoignage de ceux qui ont assisté à ces opérations et les faits cliniques, ne nous permettent pas d'éliminer l'hémorrhagie parmi les risques de l'amputation.

Il n'est donc pas possible à un examinateur impartial d'accepter l'affirmation des avocats trop zélés des ciseaux ou du scalpel, qui n'hésitent pas à déclarer que, somme toute, nous n'avons guère à craindre une hémorrhagie sérieuse. Les malades affectées de carcinome n'ont certainement pas moins de

chance que les autres de succomber à une hémorrhagie violente ou à l'empoisonnement du sang, elles ne sont pas moins exposées à la péritonite. Pauly rapporte que sur 19 malades opérées par Lisfranc, 4 succombèrent dans les vingt-quatre heures, et que, sur 9 malades opérées sous ses yeux, 6 furent prises d'une hémorrhagie profuse; sur ces 6 trois moururent dans les vingt-quatre heures. Nous ne devons donc pas être surpris quand nous l'entendons dire : « De toutes les opérations chirurgicales, « la plus meurtrière jusqu'ici, est l'excision du col utérin; » ne nous étonnons pas non plus que Churchill, connaissant tous ces faits, ait cru devoir prévenir les chirurgiens des dangers d'une opération si souvent accompagnée ou suivie de « conséquences terribles. » Quoi qu'il en soit, et après une sérieuse réflexion, j'incline à croire que les dangers de l'excision du col, faite même avec les instruments tranchants ordinaires, sont grands, sans doute, mais qu'ils ont été exagérés. Comment expliquer autrement l'expérience très-encourageante de Simpson dans les cas de cancer, la statistique récente et plus favorable encore d'Isaac E. Taylor, pour l'allongement hypertrophique du col et les succès de Sims : une mort sur plus de cinquante amputations faites pour des cas non cancéreux.

Il est fort probable que les excellents résultats obtenus par Sims, au moins dans 36 de ses opérations, sont dus en grande partie à ce qu'il recouvre le moignon avec la muqueuse, pour obtenir la réunion par première intention, ce qui diminue de beaucoup, ou écarte le plus grand des périls, la septicémie. Pour les 16 autres cas, qui ont probablement été opérés de la manière ordinaire, il est regrettable qu'on ne nous dise pas combien ont été *à un cheveu de la mort*. Quoi qu'il en soit, les risques de l'amputation avec les ciseaux ou le couteau, quel que soit le procédé employé pour achever l'opération, ne sauraient être regardés comme légers. Prévenu sans doute par les résultats exceptionnellement heureux qu'il a obtenus, Sims pense que « les risques sont peu nombreux, » et il s'appuie sur Lisfranc qui n'a « perdu que 2 malades sur 97 ; » d'après ce qui a été dit, il est à peine nécessaire de remarquer que nous pourrions dé-

sirer une autorité plus solide que celle de Lisfranc, pour croire que telle est bien la moyenne des échecs. Huguier, profitant des malheurs et des indiscrétions de ses devanciers, et avec des procédés perfectionnés, a pu opérer avec succès 13 cas d'hypertrophie médiane du col, sans doute, cela est encourageant, mais je ne puis m'empêcher d'observer qu'un nombre aussi limité de cas ne saurait constituer une statistique suffisante pour qu'on en puisse tirer des indications pratiques. L'histoire de la chirurgie fourmille de *séries heureuses*, et chacun sait que trop souvent la proportion des succès diminue avec le nombre des opérations.

L'ÉCRASEUR, pour l'amputation du col, quoique employé fréquemment il y a quelques années, ne sert plus beaucoup, je crois, pour cette opération. On lui attribue un avantage, le seul qui le mette au-dessus du couteau, c'est qu'il évite l'hémorrhagie. Sans entrer dans aucun développement sur ses mérites généraux, je vais énoncer les inconvénients que je vois à son emploi. Et d'abord, s'il nous met à l'abri de l'hémorrhagie immédiate, il ne nous garantit pas toujours, même entre les mains de Chassaignac, contre l'hémorrhagie secondaire; puis, quand il faut sectionner le col près de son insertion vaginale, il court le risque d'ouvrir le péritoine en arrière, lors même qu'on emploie le fil de fer rigide au lieu de la chaîne, qui est encore plus dangereuse (1). Troisièmement, la plaie qu'il produit est contuse et déchirée, ce qui ouvre la porte à la septicémie, même au tétanos. Enfin, ce mode de séparation des tissus est, pour ne pas dire plus, *bousillé* (2), grossier, non scientifique et, si j'ose le dire, non chirurgical. Pour toutes ces raisons, cet instrument, utile pour d'autres opérations, ne doit pas, selon moi, être employé pour amputer le col utérin.

---

(1) Un cas rapporté par Meadows, *Obstetrical Transactions*, vol. XI, p. 102.

(2) Je demande pardon au lecteur de ce mot très-familier; le mot anglais est plus familier encore, il signifie ouvrage de savetier (trad.).

ÉLECTRO-CAUTÈRE.

Dans une série d'articles publiés il y a quelques années, j'ai réuni le résultat de quelques recherches et de quelques expériences autrefois entreprises dans le but de perfectionner et de simplifier les appareils usités dans la chirurgie électro-thermale. Je rapportais brièvement une observation clinique, et citais des cas opérés par cette méthode, espérant stimuler les recherches, et, si possible, éveiller l'intérêt général sur ce que je considérais, et considère encore, comme l'une des plus belles conquêtes dont la physique ait fait profiter la chirurgie conservatrice. Mes faibles efforts n'ont pas été perdus; car j'ai eu la satisfaction d'apprendre que les opinions et les prédictions énoncées dans ce travail ont été acceptées et vérifiées par quelques gynécologistes distingués, non-seulement dans mon pays, mais en Europe. Thomas, dont l'expérience en fait de galvanocaustique est fort étendue, dit : « Je suis convaincu que, toutes « les fois qu'on peut avoir un galvano-cautère, il faut l'em« ployer plutôt que les ciseaux ou l'écraseur. Après l'amputa« tation au couteau, ou peut avoir une hémorrhagie incoer« cible; le second, non-seulement écrase les tissus, mais quel« quefois attire dans son anse et sectionne les parties voisines. « Les suites de l'opération avec le galvano-cautère sont meil« leures qu'après l'application de tout autre instrument; l'ab« sorption septique, avec ses conséquences, et l'hémorrhagie « primitive ou secondaire sont absolument évitées (1). » Il est vraiment surprenant qu'un agent dont l'emploi est si sûr ne fasse pas plus rapidement son chemin. Il n'est donc pas inutile de répéter ici les motifs qu'on a mis en avant pour expliquer cette indifférence apparente. En exprimant ma surprise que les gynécologistes, en particulier, aient été si lents à apprécier la

---

(1) *Diseases of Women*, p. 633.

valeur du galvano-cautère, je disais : « Cette omission tient, « pour une large part, au défaut d'étude pratique de ce sujet ; « en effet, comme je l'ai déjà dit, ceux qui désireraient obtenir « des renseignements précis ou des règles exactes qui les mis- « sent à même d'appliquer avantageusement le galvano-cau- « tère, chercheraient en vain, au moins en anglais, dans les « journaux de médecine ou de gynécologie. Les courts pas- « sages que les ouvrages classiques consacrent à l'électricité « médicale et à l'électrolyse chirurgicale n'ont pas de grande « valeur pratique, et ne contiennent guère que les notions élé- « mentaires d'électricité utiles au physicien. On ne peut obte- « nir les indications pratiques et les connaissances indispen- « sables à l'application de la galvano-caustique qu'en assistant « fréquemment à ce genre d'opérations et en les observant soi- « gneusement, ou bien par des recherches laborieuses et dis- « pendieuses. Il est raisonnable de croire que bon nombre des « échecs dans l'application du galvano-cautère, des interrup- « tions qu'on signale dans le courant sont dus moins à quelque « défaut dans l'appareil qu'à l'inexpérience de l'opérateur et à « son peu de connaissance de l'électricité. Cependant, tous les « appareils électriques peuvent se détraquer, soit par le dépla- « cement de quelque partie essentielle, soit par l'usage. Les lois « de la génération et de la propagation du courant doivent être « strictement observées dans la construction des appareils ; il « est nécessaire de s'y conformer absolument dans la situation « respective que l'on donne aux éléments positifs et négatifs, « dans leur contact, dans la quantité et la nature des liquides « qui donnent naissance au fluide électrique. Le chirurgien ne « doit donc pas espérer de réussir, en cas de difficulté, de fai- « blesse du courant par exemple, s'il ne connaît la nature, la « cause et la valeur de l'interruption, et s'il n'est en outre as- « sez bon mécanicien pour réparer le mal. Ces conditions sont « essentielles au succès ; car, quoiqu'on puisse établir certaines « règles concernant la direction des batteries, et des directions « spéciales à l'exécution des opérations thermiques, il faut de « toute nécessité une connaissance scientifique pour triompher

« des obstacles inévitables. Il n'est donc pas déraisonnable de « penser que, si ces faits avaient été reconnus plus tôt, on eût « évité un grand nombre des ennuis et des désappointements qui « sont arrivés à quelques chirurgiens éminents; la galvano- « caustique eût pris sa vraie place de méthode usuelle, au lieu « qu'après un quart de siècle, elle n'est encore qu'un moyen « rare peu compris et appliqué par un petit nombre d'opéra- « teurs. »

Voici près de huit ans que j'exploite ce champ relativement nouveau de la chirurgie, et, sans parler des cas de moindre importance, j'ai fait plus de cent fois l'excision de toute la portion inférieure du col. Ces cas comprennent des dégénérescences cancéreuses de l'utérus de presque toutes les époques et de toutes variétés, et d'autres affections indiquant ce genre d'opération. Si donc mes vues et mes conclusions paraissent à quelques-uns trop absolues, et s'ils ne les partagent pas, ils doivent cependant, j'en ai la persuasion, les accepter comme les fruits d'une observation attentive des faits, et d'une conviction sincère, et non comme le résultat d'une préoccupation ou de spéculations *a priori*.

Avant d'aller plus loin, je crois devoir établir ma position en face de quelques points sur lesquels il semble qu'il y ait une différence d'opinion entre les auteurs, mais sur lesquels il ne peut exister aucun doute dans l'esprit de ceux qui ont l'expérience du galvano-cautère.

On a quelquefois cru que la propriété hémostatique du galvano-cautère n'est pas telle qu'on la pourrait souhaiter et que, par suite, on ne saurait s'y fier absolument dans les amputations du col. Il n'y a pas lieu d'être surpris que ceux qui ne connaissent qu'imparfaitement ce sujet, ou qui ont vu cette opération maladroitement exécutée, puissent conserver une pareille défiance, et comme le temps et l'expérience rectifieraient probablement leur erreur, il n'y aurait besoin ni de rectification, ni d'explication. Mais, comme des hommes d'une grande réputation, dont la thérapeutique devrait refléter les opinions les mieux mûries, appuient quelquefois leurs affirma-

tions sur des données inexactes ou sur des idées préconçues, il est nécessaire d'expliquer sur quoi repose probablement leur erreur. Schrœder (1), par exemple, dit, dans son chapitre sur le traitement de l'hypertrophie intra-vaginale : « Je préfère « opérer avec le couteau, parce que ni l'écraseur, ni l'appareil « galvano-caustique de Middeldorff, ne nous garantissent sû- « rement contre l'hémorrhagie, et que ni l'un ni l'autre ne « permet l'emploi de la suture, qui est le plus sûr hémosta- « tique. »

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS ET SUR LE MOMENT OU IL FAUT PRATIQUER LA LIGATURE DU CORDON OMBILICAL (2).

Par M. Ch. Porak
Ancien interne des hôpitaux.

(SUITE.)

B. Neumann (3) rapporte un premier cas d'un enfant qui devient jaune peu de temps après sa naissance et meurt au troisième jour. Je n'insiste pas sur les détails de l'autopsie, et j'arrive aux particularités qui m'intéressent. Dans le rein, on

---

(1) Ziemssen. *Cyclop.*, vol. X, p. 79.

(2) Extrait de la *Revue mensuelle de méd. et de chir.*, mai, juin 1878.

(3) Neumann, *Eine beobachtung über spontane abscheidung von Bilirubin-kristallen aus dem Blute und dem Geweben* (*Archiv der Heilkunde*, 1867 ; *Archiv der Heilkunde*, 1868).

trouvait des infarctus uratiques, constitués par du pigment sanguin d'une coloration jaune, diffuse, par des cristaux en aiguilles fines, rouges. Il ne peut déterminer d'une façon certaine si ces cristaux étaient dans les vaisseaux. Dans les autres organes, rate, foie, intestin, vésicule biliaire, mésentère, ovaire, bronche, pharynx, muscles, il put s'assurer que les cristaux existaient bien dans les vaisseaux. En dehors des vaisseaux, on trouvait dans le tissu propre de ces organes quelques aiguilles disséminées beaucoup plus rares. Il ne trouva rien de semblable dans le cerveau ni dans le poumon. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, les vaisseaux ne présentaient rien de particulier ; mais les vésicules graisseuses étaient d'un rouge clair et contenaient soit du pigment, soit des cristaux rhomboïdes. D'ailleurs, l'auteur n'établit pas de différence entre l'hématoïdine et la bilirubine.

Dans son second Mémoire, l'auteur fait part de ses recherches sur les productions cristallines que je viens de décrire. Il est très-étonné de voir que c'est un phénomène habituel et que, bien contrairement à ce qu'il pensait d'abord, leur absence dans l'ictère est tout à fait exceptionnelle. De plus, on ne trouve cette abondante production de cristaux que dans les cas d'ictère. Comme preuve, il rapporte 9 autopsies de nouveau-nés ictériques, et 7 autopsies d'enfants non ictériques.

Dans 7 observations d'enfants ictériques morts avant le sixième jour, il a toujours trouvé ces cristaux. Chez un autre enfant ictérique, mais qui est mort à six semaines, il n'a pas trouvé de cristaux ; tous les organes étaient très-colorés : on trouvait des masses amorphes qui appartenaient à la matière colorante de la bile. Il a recherché ces mêmes productions chez 7 enfants qui n'était pas jaunes, sans parvenir à les concentrer. — Un seul de ces enfants présentait de petites quantités de cristaux dans le sang et des infarctus uratiques. Cette exception ne fait cependant que confirmer la règle, car cet enfant était mort 4 heures 1/2 après sa naissance ; il a donc saisi dans ce cas le début de l'altération du sang.

L'auteur fait remarquer qu'on ne peut pas considérer cette

formation de cristaux comme un phénomène cadavérique, puisqu'on ne les constate que chez les enfants ictériques, et seulement pendant la première semaine. Si l'on en trouve plus tard, c'est que si la mort est survenue après la première semaine, l'ictère, ayant débuté la première semaine, n'était pas encore dissipé. Enfin, les cristaux existant dans le sang accompagnent toujours les infarctus uratiques. L'auteur croit d'ailleurs que l'ictère des nouveau-nés est biliphéique, mais il ne donne aucune raison à l'appui de sa manière de voir.

Krebs (1) distingue aussi les infarctus uratiques des infarctus d'hématoïdine et de bilirubine ; tandis que ces cristaux peuvent exister entre les canalicules et dans leur intérieur, on ne trouve que du pigment pulvérulent dans les cellules épithéliales. Il admet que cette lésion est spéciale à l'ictère.

Orth (2) a constaté ces cristaux chez 37 nouveau-nés ; chez tous, il y avait des infarctus avec des cristaux ; chez 26 d'entre eux, il y avait aussi des cristaux dans le sang. Donc les dépôts cristallins sont bien plus communs dans le rein que dans le sang ; le dernier cas suppose toujours le premier. Les cristaux se présentent sous forme de rhombes rouge-brun ou d'aiguilles rouges très-claires.

L'auteur étudie ensuite ces cristaux. Il les a trouvés dans tous les organes. Ils ont les mêmes réactions que la matière colorante de la bile. Ces cristaux existent dans tous les cadavres d'enfants qui ont jauni ; mais, sur les 37 observations qu'il a recueillies à ce sujet, 5 enfants qui n'étaient pas jaunes, avaient cependant des cristaux dans leurs organes. Il n'a pas observé d'ailleurs ces enfants pendant leur vie, et il n'affirme pas qu'ils n'aient pas été jaunes quelque temps avant leur mort. Il conclut donc que, si la présence des cristaux existe toujours chez les enfants qui ont la jaunisse, il est peut-être possible de

---

(1) Krebs, *Handbuch der pathologischen Anatomie*, § 626.

(2) Orth, *Ueber das Vorkommen von Bilirubinkrystallen bei neugebornen Kindern* (*Archiv für Pathol. Anat. und Phys. und für Klinik medicin*, 1875 p. 447).

les rencontrer aussi dans les autopsies d'enfants qui ne sont pas jaunes, mais c'est un fait rare et contestable.

Enfin Orth termine son Mémoire par la relation d'une remarquable observation que je vais reproduire.

OBSERVATION (résumé). — Il s'agit d'une petite fille dont la mère se portait bien, qui a été mise au monde sans accident; elle jaunit rapidement après sa naissance et meurt deux jours après.

Autopsie. — Coloration jaune-coing de la peau. Viscères normaux; rien au foie, ni aux reins. Coloration des caillots sanguins très-ictérique, et coloration jaune plus ou moins marquée de tous les tissus.

A l'examen microscopique, on constate dans le sang une très-grande quantité de cristaux en aiguilles; ils se groupent ordinairement autour des leucocytes, jamais autour d'un globule rouge. — La coloration jaune du rein est due à la diffusion d'un pigment en partie moléculaire et en partie, mais plus exceptionnellement, cristallin, d'une coloration orangée; il est disséminé dans toute la masse de l'organe. Des cristaux de bilirubine sont épars dans tout le tissu et ne siégent que rarement dans l'intérieur des canalicules. Le pigment moléculaire se présente aussi en petites masses. La mamelle offre des particularités saisissantes. Les plus gros acini paraissent blancs, mais les autres sont jaunes. Les vaisseaux situés entre eux sont entourés, comme d'un manchon, par des cristaux de bilirubine ayant la forme rhomboïde; quelques-uns paraissent bien certainement situés dans la paroi même du vaisseau; cette disposition est très-élégante. Dans l'intérieur des acini, on ne trouve plus que du pigment moléculaire, qui est réuni en masses plus ou moins volumineuses. Dans l'estomac et dans l'intestin, il y a encore une grande quantité de pigment cristallin et amorphe, mais surtout à sa partie interne, sur la muqueuse. — Une disposition analogue existe encore dans tout le tissu cellulaire sous-cutané, dans tout le tissu cellulaire et graisseux. Autour des masses graisseuses, les vaisseaux sont entourés d'une quantité innombrable de cristaux rhomboïdes, tandis que dans les cellules graisseuses les cristaux sont rares, mais on y rencontre du pigment amorphe moléculaire ou en masse. — Dans le cœur, on trouve tout le réseau capillaire se montrant recouvert de ces élégantes arborisations cristallines; elles sont surtout marquées dans les colonnes charnues. — On trouve rarement des cristaux dans

le poumon; le pigment moléculaire et en masse obstrue presque toutes les alvéoles. — L'auteur décrit avec un soin tout particulier les dispositions spéciales présentées par ces cristaux dans les différentes parties de l'encéphale, de coloration différente. Un fait remarquable est l'absence de coloration ictérique dans le foie, et la rareté de quelques groupes de cristaux et de pigment qu'on y trouve dispersés çà et là.

L'auteur nomme ces cristaux bilirubine et admet l'origine biliphéique de l'ictère. Mais, après avoir rapporté cette observation, il est surpris qu'une quantité aussi considérable de cristaux de *bilirubine* se soit produite en un temps aussi court. Il lui semble bien difficile d'admettre qu'elle résulte de la résorption de la bile. Rien n'explique cette résorption, et c'est justement dans le foie qu'on constate le moins de ces cristaux. Il termine son Mémoire en se demandant s'il ne peut pas se produire chez le nouveau-né un ictère hématogène de cause inconnue.

Donc les réactions chimiques qui distinguent la bilirubine et l'hématoïdine sont encore à déterminer ; on est autorisé à considérer ces cristaux comme dépendant du pigment sanguin. Une dernière raison qui vient justifier cette interprétation est la production considérable d'aiguilles cristallines chez les fœtus macérés. Dans ce cas, le sang subit des lésions cadavériques profondes, les globules s'altèrent, la matière colorante imbibe tous les tissus et les rougit (*fœtus sanguinolentus* des Allemands), et dans les exsudations on constate des cristaux analogues à ceux que nous avons décrits, avec prédominance toutefois de la forme aciculaire (1).

Ces faits ne peuvent pas s'expliquer par la doctrine de l'ictère biliphéique. Il faut donc admettre qu'il y a aussi un ictère grave, d'origine hématique. Ces considérations pathologiques rendent plus claire la question de l'ictère simple.

Les modifications que je viens de signaler se rapportent aux

(1) C. Ruge, *Zeits. für Geburtsk. und Gynäk.* 1 B, 1 H.

lésions survenant dans la première semaine ou débutant pendant cette première semaine. Il faut donc chercher, dans l'évolution du nouveau-né immédiatement après la naissance, dans les modifications subies par son sang, par exemple, la cause de ces phénomènes. Je ne veux pas rapporter les travaux aujourd'hui nombreux sur les différences capitales que présente le sang chez le fœtus et le sang chez l'adulte. Je veux borner mon étude aux recherches plus récentes qui ont été faites sur le sang du nouveau-né.

M. Lépine a indiqué (1) que les globules rouges, chez le nouveau-né, subissaient un accroissement dans leur quantité le deuxième jour et revenaient à leur taux primitif seulement vers le cinquième jour. Lorsque l'enfant dépérit, le nombre de ses globules augmente. Il pense que ces modifications dans le nombre des globules s'expliquent mieux par une déperdition du plasma que par une formation ou une destruction exagérée des globules.

M. Hayem, dont les idées sont reproduites dans la thèse de Duperrié (2), a étudié d'une façon complète les globules chez le nouveau-né. Voici les résultats de son travail :

Les globules rouges du sang chez le nouveau-né sont beaucoup plus inégaux que chez l'adulte, les plus gros globules étant plus gros et les plus petits globules étant plus petits. Ces globules, de diverses dimensions, sont mélangées d'une façon irrégulière ; ils se modifient d'une façon sensible d'un jour à l'autre. Ils ont une composition différente de ceux de l'adulte, car ils s'endosmosent plus facilement. Ils ne se modifient pas seulement d'une façon notable quant à leur volume, ils se modifient encore beaucoup d'un jour à l'autre quant à leur nombre. Ces modifications sont indépendantes des variations de poids du fœtus. Leur nombre est inversement proportionnel à leur volume, c'est-à-dire que, lorsque les globules sont les

(1) Lépine, *Sur la numération des globules rouges chez l'enfant nouveau-né*, Société de biologie, 12 février 1876.

(2) Duperrié, Thèse, 1878.

plus petits, ils sont les plus nombreux, et au contraire, lorsqu'ils sont les plus gros, ils sont les moins nombreux.

Les globules blancs sont un peu plus petits que chez l'adulte, et ceux de la petite variété, les globulins, sont plus nombreux. Ils sont, dès les premiers jours de la vie, trois ou quatre fois plus nombreux que chez l'adulte.

Dans la période de diminution de poids du nouveau-né, le nombre des globules, tant rouges que blancs, reste stationnaire ou augmente légèrement. Au troisième jour, au moment où l'enfant arrive à son minimum de poids, on constate un abaissement brusque, considérable et constant dans le nombre des globules blancs, et une élévation, d'ailleurs variable, quelque fois inconstante, dans le nombre des globules rouges, qui arrive à son maximum.

A partir du moment où le nouveau-né reprend du poids, le nombre des globules se relève un peu, mais en présentant des oscillations beaucoup plus considérables que chez l'adulte. Finalement, dans le cours de la seconde semaine, le nombre des globules rouges devient et reste définitivement plus faible qu'au moment de la naissance.

Le sang du nouveau-né présente des caractères tellement particuliers, il subit des variations journalières tellement considérables, qu'on doit admettre que ces modifications se rapportent « à son état d'évolution ».

Ces importants résultats ne peuvent pas s'expliquer seulement par des modifications dans le plasma. Les variétés considérables d'un jour à l'autre dans le volume des globules, le défaut de proportions constantes entre le nombre des globules blancs et celui des globules rouges attestent l'évolution active des globules eux-mêmes. Sans doute, il est difficile de distinguer ce qui dépend des modifications du plasma et ce qui dépend des modifications réelles dans le nombre des globules ; mais, bien certainement, ces dernières modifications existent et existent à un haut degré.

Cette évolution si rapide des globules du sang chez le nouveau-né ne peut-elle pas présenter des anomalies? Cela nous

paraît bien certain. Pouvons-nous les déterminer avec précision? Certainement non. L'anomalie existe-t-elle d'emblée dans le sang? Est-elle secondaire à des troubles de nutrition? C'est ce que nous ne savons pas; nous n'avons aucun élément pour apprécier ces phénomènes.

Les observations précédentes de cette production exagérée de cristaux d'hématoïdine, absolument inexplicables par la résorption biliaire, se comprennent fort bien, si on la considère comme l'une des formes des anomalies de l'évolution du sang. Aussi n'est-ce que pendant la première semaine, où cette évolution est si rapide, que l'on constate ces dépôts considérables de cristaux.

L'altération globulaire peut être très-considérable du jour au lendemain, sans que l'on observe aucun trouble. Combien de fois ai-je constaté, dans mes observations, l'augmentation ou la diminution de plus de 500,000 globules du jour au lendemain! Quelle quantité énorme de pigment de pareilles modifications mettent-elles en liberté? Comment ce pigment est-il éliminé?

Les reins ne sont pas le seul émonctoire de ces pigments: ils sont certainement l'un de ces émonctoires. Les observations de Sclossberger, celles surtout de Virchow, qui considéraient les infarctus uratiques, contenant des quantités considérables de pigment moléculaire et cristallin, comme la règle chez le nouveau-né, qui en admettaient l'existence dans les premiers jours seulement de la vie extra-utérine, viennent donner une nouvelle démonstration des recherches hématologiques que je viens de signaler.

C'est aussi pendant les trois premiers jours que l'urine du nouveau-né est foncée et contient fréquemment des sédiments. Virchow a retrouvé du pigment dans l'urine. MM. Parrot et A. Robin l'y ont constaté aussi. Nous avons signalé leurs recherches dans le premier chapitre de ce travail.

C. Ruge, Cruse, dans leurs études sur l'urine du nouveau-né, constatent de profondes modifications dans sa composition chimique. Cruse assigne aux dix premiers jours de la vie la durée

de ces modifications de l'urine dans sa composition. Ces modifications de la composition chimique de l'urine concordent avec les phénomènes d'évolution du sang.

Preuves cliniques. — C'est au moment où Virchow abandonnait la doctrine hématique de l'ictère des nouveau-nés, que notre maître, M. le professeur Gubler, instituait sa doctrine de l'hémaphéisme et qu'il l'appuyait sur les données cliniques. La doctrine de l'hémaphéisme a été soutenue dans les nombreuses thèses des élèves de M. Gubler. On la trouve exposée par MM. Michel (thèse, 1868), Durant (thèse, 1862), Nisseron (thèse, 1869), Rousseau (thèse, 1875), A. Robin (thèse, 1877), Dreyfus-Brissac (thèse, 1878), et enfin par M. Rendu, article ICTÈRE du *Diction. encyclop. des sciences médicales.* Les reproches qui ont été faits à cette doctrine ne sont pas fondés, parce que, au lieu de la considérer dans son ensemble et dans sa portée, on l'a attaquée dans ses détails.

L'hémaphéine de Simon d'Heidelberg n'a pas été retrouvée dans le sang, d'où l'objection de M. J. Simon de l'article ICTÈRE du *Diction. de méd. et de chir. pratiques*, qu'il n'y a pas d'ictère hémaphéique, puisqu'il n'y a pas d'hémaphéine. Voici la réponse de l'un des élèves de M. Gubler, Dreyfus-Brissac, à cette objection :

« Qu'il y ait, sous une influence morbide quelconque, une destruction trop rapide des globules sanguins, le foie deviendra impuissant à transformer toute l'hémoglobine, ainsi mise en liberté, en biliphéine. Ne trouvant plus dès lors dans la bile une voie d'élimination assurée, la matière colorante du sang s'accumulera dans le sérum, non sans subir diverses modifications à travers le torrent circulatoire.

C'est à *ces pigments, qui se produisent à l'état pathologique* et qui dérivent de l'hémoglobine incomplètement élaborée, que nous donnons le nom d'hémaphéine, et nous appelons hémaphéisme l'accumulation de l'hémaphéine dans le sérum sanguin. L'hémaphéisme peut encore se produire quand, la dénutrition globulaire n'étant pas exagérée, le foie est subitement

ou profondément atteint dans son activité sécrétoire. » Et plus loin : « Notre maître ne prête donc pas aujourd'hui à cette expression (hémaphéine) le même sens que Simon. »

Chez le nouveau-né, la question est bien autrement complexe. Dans l'état de santé, l'hémoglobine suit une série d'oxydations dont les termes les plus élevés aboutissent aux pigments biliaires et aux pigments urinaires. Mais ces pigments sont très nombreux : pour la bile, la biliphéine, la biliprasine, la biliverdine, la bilifuscine, la bilirubine; pour l'urine, l'urochrome, l'uroxanthine, l'urobiline. Savons-nous par quelles oxydations intermédiaires passe l'hémoglobine? Chez l'adulte, certains ictères, non biliphéiques, se caractérisent par des colorations à peu près identiques de l'urine, par des réactions à peu près analogues, et on suppose que le pigment qui les produit est unique, l'hémaphéine. Chez le nouveau-né ictérique, les réactions de l'urine sont différentes ou nulles; mais cependant il y a bien certainement du pigment anormal dans le sérum sanguin. puisqu'il y a jaunisse. Nous continuons à appeler cet ictère hémaphéique, par la même raison qu'on appelle l'ictère d'origine biliaire, biliphéique, quoique l'on ne sache pas si c'est la biliphéine ou un autre pigment biliaire qui produit la jaunisse.

M. Dreyfus indique avec soin que l'urine n'est pas le seul émonctoire de l'hémaphéine; la rareté des réactions dans l'urine des nouveau-nés, son peu de coloration dans les cas d'ictère me font supposer qu'il y a d'autres voies émonctoires, peut-être l'intestin. Mais, si nous ne connaissons pas les pigments sanguins qui résultent de la destruction globulaire chez le nouveau-né, ni ses réactions chimiques, ni son mode d'élimination, la fréquence de l'ictère atteste hautement sa production. L'absence du pigment biliaire dans l'urine des nouveau-nés est pour nous une preuve absolue que l'ictère ne reconnaît pas comme cause la résorption biliaire.

J'apporte enfin une nouvelle preuve qui a aussi son importance. Si l'on fait la ligature tardive, c'est-à-dire si l'on fournit à l'enfant une quantité trop considérable de sang, il est plus souvent sujet à l'ictère.

Cette conséquence de la ligature tardive est facile à comprendre.

M. Hayem a trouvé qu'à la suite de la ligature tardive on peut compter immédiatement après la naissance 489,000 globules rouges de plus par millimètre cube qu'à la suite de la ligature immédiate. Au bout de quarante-huit heures, il n'y avait plus que 432,000 globules rouges de différence. La destruction globulaire a donc été plus considérable à la suite de la ligature tardive qu'à la suite de la ligature immédiate.

M. Hélot a poursuivi les recherches de M. Hayem, en comptant les globules chez des nouveau-nés deux fois par jour pendant les neuf jours qui ont suivi la naissance, à la suite de la ligature pratiquée suivant les deux méthodes. Malgré ses recherches concluantes, l'auteur n'y a pas attaché d'importance et n'a pas vu la relation qu'elles pouvaient présenter à propos de la pathogénie de l'ictère des nouveau-nés.

Si l'on jette un coup d'œil sur le tableau des variations journalières des globules du sang du nouveau-né, dressé par M. Hélot, on y voit démontré avec l'évidence la plus frappante que l'enfant perd en 7 jours une partie du profit qu'il avait tiré de la ligature tardive.

Je reproduis les chiffres de M. Hélot :

Ligature tardive.			Ligature immédiate.	
1er jour		6,000,000	900,000	globules de moins.
7e jour	1°	5,500,000	300,000	idem.
	2°	5,800,000	100,000	idem.
8e jour	1°	5,000,000	300,000	idem.
	2°	5,900,000	600,000	idem.
9e jour	1°	6,200,000	600,000	idem.
	2°	4,900,000	300,000	idem.

Quelle conséquence pouvons-nous tirer des chiffres de MM. Hayem et Hélot? C'est que la quantité des globules chez le nouveau-né après les divers modes de ligature tend à prendre la même moyenne. Si le sang, à la suite de la ligature tardive, contient néanmoins toujours un peu plus de globules qu'après

la ligature immédiate, on en pourrait conclure seulement que la ligature immédiate est trop hâtive. C'est un nouvel argument à faire valoir pour la pratique que j'ai conseillée. On peut aussi en conclure que la destruction globulaire plus considérable prédispose à l'ictère.

Maintenant, je vais chercher à expliquer les notions qui nous sont offertes par l'étude du pronostic de l'ictère des nouveau-nés.

Les éléments du sang fœtal sont détruits chez tous les nouveau-nés pour être remplacés par d'autres éléments plus stables. Le pigment qui résulte de la destruction des globules est expulsé facilement, ou difficilement, suivant les cas. Si les voies émonctoires sont en rapport avec la production du pigment, il n'y a pas de jaunisse. C'est très-rare. Lorsque cela se présente, on a affaire aux enfants qui se trouvent dans les meilleures conditions physiologiques. Aussi ce sont eux qui gagnent le plus de poids. Les voies émonctoires sont très-légèrement insuffisantes; l'enfant peut cependant se porter à merveille, puisque le pigment, par sa rétention dans le corps, ne produit aucun accident. Il colore les endroits les plus vasculaires, le tronc, la face. Dans les autres parties il doit aussi exister, mais en si faible quantité qu'il n'est pas appréciable. C'est le cas de l'*ictère du premier degré*. L'état de santé de ces enfants est excellent parce que les globules ne sont pas détruits avec exagération, et parce que les voies émonctoires fonctionnent normalement.

Dans les ictères plus intenses, il peut se produire deux phénomènes, ou bien la destruction globulaire dépasse de beaucoup la normale, et les voies émonctoires ne peuvent pas éliminer le pigment en excès, ou bien les voies émonctoires sont insuffisantes à l'élimination d'un pigment produit cependant en quantité normale. Dans les deux cas, il y a un fait pathologique, et il correspond à des troubles de nutrition plus généraux; l'enfant gagne moins de poids lorsqu'il en gagne; il en perd beaucoup plus lorsqu'il en perd.

Que la destruction globulaire soit très-considérable, alors la série d'oxydations qui conduit l'hémoglobine à son terme ul-

ime, matière colorante de la bile, matière colorante de l'u-ine, etc., ne peut pas s'accomplir et l'hémoglobine ne s'oxyde pas suffisamment : elle reste à l'état d'hématoïdine (bilirubine les Allemands) ou de pigment pulvérulent. Nous nous expliquons ainsi ces cas d'ictère hématique grave dont nous avons rapporté les intéressantes observations.

Mais l'évolution du sang peut être troublée d'une autre façon. Jusqu'à maintenant, j'indique le trouble de l'évolution par excès ; mais elle peut être troublée par défaut, c'est-à-dire que la destruction globulaire ne s'exécute pas comme elle devrait s'exécuter. Ici encore, il y a un fait pathologique. Dans ce cas, les voies d'émonction sont toujours suffisantes, l'enfant ne jaunit pas, et ces enfants qui ne jaunissent pas perdent du poids presque autant que ceux qui jaunissent beaucoup.

L'étude de l'étiologie et de la marche de l'ictère nous fournit aussi des notions facilement expliquées par la doctrine hématique.

L'étiologie de l'ictère des nouveau-nés est très-obscure. Depuis Gardien, on répète que l'ictère est plus fréquent à l'hospice des Enfants assistés que dans les maternités, et, si l'on se reporte à la dédicace d'un certain nombre de thèses, on est disposé à croire qu'elles ont été inspirées par Baron, médecin de cet hospice ; ce qui vient justifier cette opinion.

Gardien, West et d'autres auteurs attribuent cette fréquence de l'ictère dans cet hospice au manque des premiers soins, et principalement à l'action du froid. Gardien explique cette action par l'ictère spasmodique. Outre que ce mécanisme de l'ictère est très-contesté chez l'adulte, il ne repose, à propos du nouveau-né, sur aucun fait certain. La rapidité du début, le caractère des douleurs, ne nous semblent pas des faits suffisants pour entraîner la conviction. Si l'on admet, au contraire, une anomalie dans l'évolution des globules, cette hypothèse se comprend fort bien. L'absence absolue des premiers soins, l'alimentation insuffisante des enfants trouvés, rend très-bien compte des troubles de nutrition et des troubles dans

l'évolution du sang. Le froid subit, l'immersion des enfants dans l'eau froide, une alimentation qui n'est pas appropriée à l'enfant, soit qu'on lui ait donné un lait de mauvaise qualité ou d'un âge différent, soit qu'on lui ait fait prendre des corps gras, de la bouillie, etc., causes qui ne sont pas d'ailleurs démontrées, ne peuvent-elles pas mieux s'expliquer par un trouble de nutrition?

Kehrer, dans son intéressant travail, étudie l'influence du sexe, des accouchements gémellaires, de l'époque de la grossesse au moment de l'accouchement, de la situation du fœtus, de la durée du travail, des complications survenues pendant l'accouchement, sur la production de l'ictère.

Il semble résulter de ces recherches, qui s'appuient sur l'observation de 690 enfants, ainsi que je l'ai dit, que tout accouchement anormal est une cause d'ictère. Les enfants nés avant terme, les jumeaux sont plus sujets à l'ictère que les autres. Les présentations vicieuses, les complications de l'accouchement, la durée du travail semblent aussi prédisposer à cet état pathologique. L'enseignement que je déduis du travail de Kehrer, quoique l'auteur ne pose pas ses conclusions dans les mêmes termes que moi, c'est que tous les enfants débiles, tous les enfants qui ont souffert sont plus sujets à l'ictère. Comment, encore une fois, expliquer ces circonstances étiologiques par le biliphéisme? Au contraire, cela est facile à comprendre dans la doctrine de l'hémaphéisme.

La marche de l'ictère nous fournit d'autres arguments. Voici les chiffres dressés par Kehrer :

Sur 410 cas,	l'ictère a débuté	le 1er	jour	5,3	p. 100.
—	—	le 2e	jour	62,9	p. 100.
—	—	le 3e	jour	24,1	p. 100.
—	—	le 4e	jour	4,8	p. 100.
—	—	le 5e	jour	1,7	p. 100.
—	—	le 6e	jour	0,7	p. 100.
—	—	le 7e	jour	0,2	p. 100.

Sur 193 cas, il était terminé	le	2e jour	2	p. 100.
— —	le	3e jour	10,3	p. 100.
— —	le	4e jour	21,7	p. 100.
— —	le	5e jour	21,7	p. 100.
— —	le	6e jour	17,5	p. 100.
— —	le	7e jour	15	p. 100.
— —	le	8e jour	8,2	p. 100.
— —	le	9e jour	2,4	p. 100.
— —	le	10e jour	0,5	p. 100.

S'il compte les enfants qu'il n'a pas pu observer après la première semaine, il conclut que l'ictère des nouveau-nés disparaît dans le tiers des cas dans les cinq premiers jours. Certes, si j'avais fait ces recherches, j'aurais trouvé que le début de l'ictère survient plus rapidement, que sa durée est plus longue, puisque, pour moi, toute coloration jaune de la peau est ictérique, tandis que pour Kehrer n'est ictérique que l'enfant dont les conjonctives sont jaunes.

Dans ce début, dans cette marche, il y a une analogie frappante avec les modifications des globules du sang, qui présentent les plus grandes oscillations de leur évolution dans le cours des sept premiers jours.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de l'ictère ont compris la nécessité d'établir des distinctions entre les différentes formes de cet état chez le nouveau-né.

Levret, le premier, a bien établi cette nécessité. Il n'admet pas que la coloration jaune, si fréquente chez le nouveau-né, soit de nature ictérique ; elle est due à la pression de l'air sur le corps de l'enfant, à une ecchymose généralisée. On ne doit appeler ictère que celui qui survient sous l'influence d'une lésion hépatique.

Tous les auteurs sont convaincus de l'importance de cette distinction, mais elle n'est pas encore appliquée dans l'exposé de la symptomatologie de l'ictère chez le nouveau-né.

Je crois cependant que l'étude de cet état pathologique ne fera de réels progrès que lorsqu'on sera convaincu de l'utilité

de ces distinctions, qu'on fera une classification empêchant de confondre toutes les observations.

Il y a deux espèces d'ictère chez le nouveau-né : l'une des espèces lui est spéciale, c'est l'ictère du nouveau-né; l'autre a la même pathogénie que l'ictère de l'adulte, c'est l'ictère chez le nouveau-né.

L'ictère du nouveau-né peut être subdivisé en ictère hémaphéique et en ictère biliphéique.

L'ictère hémaphéique présente deux formes : l'une bénigne, très-fréquente (8/10 *des cas*), *de courte durée; c'est l'ictère simple des nouveau-nés; l'autre est grave.*

L'ictère biliphéique est toujours grave ; il survient à la suite de l'oblitération congénitale, de l'arrêt de développement des voies biliaires, ou à la suite de phlébite ombilicale.

L'ictère chez le nouveau-né est symptomatique d'une affection du foie; il est biliphéique.

ERRATUM.

Par suite d'une erreur de mise en pages, une partie de l'article de M. Porak a été omise (page 210, n° de Septembre). Cette partie sera publiée dans notre prochain numéro.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Peu de mémoires de gynécologie proprement dite ont été lus ou discutés à l'Académie pendant ce dernier mois. La savante compagnie a, du reste, été peu fréquentée à cause des vacances. Nous devons cependant signaler un excellent rapport et une communication de son secrétaire annuel, M. H. Roger sur **la coqueluche.**

Il s'agissait, en premier lieu, d'un rapport sur un travail de M. le docteur Delthil (de Nogent), relatif *à l'ulcération* de la langue dans la coqueluche. Ce rapport communiqué dans la séance du 18 septembre, peut se résumer ainsi :

1° *L'ulcération sublinguale* est une lésion propre à la *coqueluche*, et, comme elle ne peut se produire qu'à la suite de fortes quintes, elle devient un signe presque certain de coqueluche confirmée, intense et conséquemment plus ou moins grave.

2° Elle n'est que le résultat d'un *traumatisme*; les conditions matérielles indispensables à son développement sont, pendant les *quintes violentes*, la *propulsion de la langue* hors de la bouche, le heurt de sa face inférieure contre les dents et le *frottement répété du frein sur le bord libre des incisives.*

3° Une des preuves de cette action mécanique est le rapport qui existe entre l'intensité des quintes et l'ulcération, car celle-ci ne se forme qu'alors que les accès convulsifs sont bien établis; elle persiste aussi longtemps qu'ils gardent leur violence, et elle se cicatrise dès qu'ils la perdent (la coqueluche elle-même étant en décroissance, mais non guérie).

4° Ce qui prouve surtout qu'il s'agit d'un traumatisme, ce sont les caractères physiques de la lésion, qui sont ceux d'une coupure,

d'une déchirure; son siége presque exclusif au frein, le plus directement exposé à se blesser aux dents qu'il rencontre; ses variétés de fréquence, de situation et d'aspect à la face inférieure de la langue, dépendantes du nombre, de la forme et de la disposition des dents tranchantes du petit coquelucheux, les incisives médianes étant les plus offensives.

5° Ce qui prouve enfin de la façon la plus positive la réalité et la nécessité d'une action traumatique, c'est l'absence de l'ulcère (même chez les jeunes enfants dont la mâchoire inférieure est armée de dents acérées) dans les cas où la coqueluche est bénigne, où les quintes sont légères et courtes, et par conséquent sans projection de la langue; c'est encore son absence, même dans les formes les plus véhémentes de la maladie, chez les édentés de tout âge, soit les allaités dont la dentition n'est pas commencée, soit les enfants plus âgés qui viennent de perdre leurs premières dents. La lésion fait toujours défaut dans la coqueluche qui atteint les enfants pendant les premières semaines, les premiers mois de la vie, avant la pousse des incisives du bas. Sans dents offensives, pas de blessure possible, et conséquemment *pas d'ulcération sublinguale avant la première dentition* : c'est une loi de la clinique.

6° L'ulcère du frein ne saurait être considéré comme une manifestation morbide qui, élément constitutif de la pyrexie, en montrerait la spécificité, car il n'a lui-même rien de spécifique : loin d'être constant, il ne se rencontre que dans la moitié des cas; il n'apparaît pas au début, comme les éruptions dans les fièvres, mais après un temps fort variable; il suit les quintes et ne les précède jamais.

7° L'importance de l'ulcère du frein est nulle au point de vue de la pathologie générale, puisqu'il n'est qu'un accident local et un incident de la maladie; mais, comme on ne le rencontre dans aucune autre affection, il devient, dans certains cas donnés, un symptôme capital; signe certain de coqueluche, et ordinairement d'une coqueluche intense, il acquiert alors une grande valeur sémiotique.

Après ces objections qui s'adressent au théoricien, le rapporteur du travail de M. Delthil rend justice au praticien; après l'avoir critiqué sur l'interprétation des faits, il le loue pour la collection même des faits curieux consignés dans son mémoire. Il propose à l'Académie de voter des remercîments à l'auteur de la *Note sur l'ulcération*

diphthéroïde de la coqueluche et le dépôt très-honorable de son travail aux archives. Ces conclusions favorables sont adoptées.

Dans la séance du 1er octobre, M. Roger a communiqué une note additionnelle sur le même sujet.

Le rapporteur insistant sur l'influence presque exclusive des dents aiguës des jeunes enfants sur la production de l'ulcère sublingual, qui est toujours le résultat d'un *traumatisme*, en avait donné pour preuve décisive l'absence de cette blessure *avant la pousse des dents*. Il communique une lettre que vient de lui écrire, à ce sujet, M. le docteur Bouffier (de Cette), qui, dans les épidémies de coqueluche (dont deux ont sévi aux mines des houillères du Gard), aurait vu sept fois la lésion sublinguale chez les très-jeunes sujets, avant la venue des premières dents.

Mais, de ces faits exceptionnels, M. Bouffier ne conclut pas la spécificité du phénomène et à son importance en pyrétologie; il n'y voit, comme tous les médecins d'enfants, qu'un effet du traumatisme, que l'ulcère se manifeste chez les scrofuleux *après* ou *avant la dentition*. Dans le premier cas, ce sont évidemment les dents qui en sont la cause productrice; dans le second, M. Bouffier, qui a surpris le mécanisme de la lésion chez plusieurs enfants, l'explique par la blessure que les mères font elles-mêmes avec leurs ongles, à la face inférieure de la langue, en essayant d'enlever les mucosités qui encombrent la bouche du coquelucheux; il a vu, en effet, se produire directement cette ulcération dans ces mouvements du doigt promené autour de la langue, et qui va déchirer le frein dans ces attouchements rapides, répétés et inoffensifs.

M. Roger admet, du reste, les faits insolites rapportés par M. le docteur Bouffier, et l'explication assez vraisemblable qu'il en donne.

Signalons également un important mémoire de M. le docteur Guéniot, lu dans la séance du 18 septembre, sur **le prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme**. Ce travail se résume dans les conclusions suivantes :

1° Il existe, particulièrement chez la femme, une altération morbide de la paroi abdominale que l'on peut désigner sous le nom de *prolapsus graisseux* et qui, jusqu'à ce jour, n'a pas attiré, comme elle le mérite, l'attention des cliniciens.

2° Cette affection, anatomiquement caractérisée par la surcharge

graisseuse du tissu cellulaire, de même que par l'exubérance, le défaut de ressort et la chute des couches superficielles (*tablier hypogastrique*), présente comme symptômes principaux une tension exagérée des muscles de la région, des douleurs lombaires et inguinales, une sensation de malaise abdominal qui, suivant l'expression des malades, « porte au cœur », et enfin, pendant la marche ou la station verticale, un état de faiblesse générale qui rend les femmes plus ou moins impotentes.

3° Le prolapsus graisseux s'observe généralement chez des femmes robustes, pourvues d'un grand embonpoint et qui ont eu des grossesses plus ou moins nombreuses, sans prendre à leur suite certaines précautions d'hygiène, que cette répétition rendait indispensables.

4° Le pronostic de cette affection, quoique sans gravité réelle, ne laisse pas que d'offrir toutes les conséquences d'une fâcheuse infirmité, surtout si, comme il arrive fréquemment, un autre état morbide de l'abdomen coexiste avec le prolapsus, et si ce dernier reste méconnu ou non traité.

5° Le diagnostic, cependant, est des plus faciles; une large éventration, ou bien cette autre forme de prolapsus que M. Guéniot a qualifiée de *pariéto-viscérale*, pourrait seule prêter à confusion; or, pour éviter l'erreur, il suffit d'apporter à l'examen clinique un peu d'attention.

6° Au point de vue thérapeutique, tantôt il convient de préserver du prolapsus les femmes qui s'y trouvent prédisposées, ce que l'on obtient à l'aide du *traitement préventif*; tantôt, la lésion étant confirmée, celle-ci réclame l'emploi d'un agent mécanique local et d'une hygiène générale appropriée (*traitement curatif*).

7° Pour être efficace, l'agent de contention doit satisfaire à deux indications fondamentales, à savoir : *a*, relever, puis soutenir la masse prolapsée, de manière à supprimer les tractions qu'elle exerce sur les lombes et sur l'hypochondre droit; *b*, suppléer les couches tégumentaires dans l'appui qu'elles devraient fournir aux muscles sous-jacents pour supporter le poids des viscères abdominaux.

8° Enfin, grâce au point d'appui qu'elle prend sur les épaules, de même qu'à la fermeté élastique de son tissu, la ceinture abdominale dont M. Guéniot a donné la description et la figure, semble particulièrement propre à remplir fructueusement ce double office.

Le mémoire de M. Guéniot a été renvoyé à une commission et sera probablement l'objet d'un rapport académique.

A. Lutaud.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels, par le Dr P. Budin, chef de clinique d'accouchements de la Faculé (1). — Après avoir démontré avec beaucoup de netteté ce qu'il faut entendre par lésion traumatique en s'appuyant sur les définitions des mots *lésion* et *traumatisme* données par Littré et Robin et sur celle si précise de la *lésion traumatique* donnée par le professeur Pajot (2), l'auteur étudie dans deux parties différentes : 1° les lésions des parties molles; 2° les lésions des parties dures, et termine par une troisième partie qui n'est certes pas la moins intéressante et sur laquelle du reste nous reviendrons tout à l'heure.

Dans la première partie se touvent donc exposées :

1° Les lésions de la vulve et du périnée;

2° Les lésions du vagin;

3° Les lésions de l'utérus;

4° Les lésions des tissus ou des organes situés dans le voisinage du canal génital.

Les lésions du périnée sont longuement étudiées au point de vue des causes, du mécanisme, de la déchirure et du traitement. A propos de ce dernier chapitre, le Dr Budin discute la conduite à tenir :

A. Pour empêcher la déchirure du périnée de se produire;

B. Pour empêcher qu'elle ne s'étende trop en arrière vers l'anus et la cloison recto-vaginale quand elle est imminente;

C. Quand la déchirure existe incomplète ou complète.

---

(1) Librairie Octave Doin. Paris, 1878.

(2) Pajot. *Des lésions traumatiques que le fœtus peut éprouver pendant l'accouchement*. Paris, 1853.

Cette discussion est faite de main de maître, toujours à l'appui de ses assertions. L'auteur cite des observations recueillies par les accoucheurs les plus éminents. Parlant des cas dans lesquels une déchirure est imminente, le Dr Budin préconise la méthode de M. Tarnier, consistant à pratiquer une incision partant du raphé médian en la dirigeant non pas directement en arrière, mais obliquement sur l'un des côtés et en dehors de l'anus; méthode dont les résultats sont plus satisfaisants que ceux obtenus à l'aide de la méthode classique consistant à pratiquer des incisions latérales.

Nous sommes absolument de cet avis, mais nous croyons qu'il est encore préférable de ne toucher en aucun point le raphé médian, et qu'il vaut mieux commencer l'incision à 1 centimètre environ du raphé et de la diriger ensuite comme M. Tarnier sur les côtés de l'anus, puis de rapprocher à l'aide de serres-fines ou de sutures. De cette façon les lochies ne baignent constamment aucun point de la plaie.

A partir de ce point de son ouvrage, l'auteur aurait pu faire encadrer de noir toutes ses feuilles, car ce n'est plus pour ainsi dire qu'un long et effrayant *nécrologe obstétrical*, que ces chapitres dans lesquels sont étudiées : les lésions du vagin, de l'utérus, des voies urinaires, du rectum, de l'intestin grêle, etc.

Que de réflexions poignantes suggère la lecture de toutes ces observations où se dévoile d'une façon si saisissante, ou l'ignorance ou la folie de l'opérateur !

Le Dr Budin a osé aller au fond de la plaie, pensant qu'en en montrant toute l'étendue on comprendrait peut-être qu'un remède prompt et puissant est nécessaire.

Car enfin il faut bien avoir le courage de le dire, oui nous avons à la Faculté des leçons théoriques comme on n'en fait nulle part, oui les élèves s'y pressent en foule, mais où peuvent-ils apprendre la chirurgie obstétricale ? où peuvent-ils répéter les opérations ?

Il n'est pas un jeune docteur n'ayant fait sur le cadavre quelques amputations et pratiqué plusieurs ligatures, où peut-il apprendre à manier le forceps ?

Et cet homme, quelle que soit son intelligence, placé au sortir des bancs en face d'un cas difficile, aussi étranger aux instruments qu'il va employer, qu'à l'opération qu'il va pratiquer, que va-t-il faire ? que peut-il faire ? la lecture du travail du Dr Budin l'apprend....

En lisant la troisième partie, tout lecteur éprouvera un sentiment de bien-être en constatant la puissance de l'accoucheur instruit, et

ne pourra que s'associer aux généreux efforts des travailleurs qui, comme le Dr Budin, pensent que dans certains cas particuliers, où jusqu'à présent l'expectation était conseillée, il y a plus à faire, et qu'une intervention basée tout entière sur la connaissance des phénomènes naturels de l'accouchement est légitime.

A. Pinard.

REVUE DES JOURNAUX.

Observation d'ovariotomie vaginale, par le Dr Willam Goodell, de Philadelphie. (*American Gynecological transactions*, 1878.)

Marie D..., célibataire, agée de 22 ans, avait toujours eu une santé satisfaisante jusqu'il y a deux ans, époque à laquelle elle fit un long voyage en chemin de fer.

Pour des motifs de pudeur elle avait laissé sa vessie distendue pendant toute une journée, et c'est à partir de ce moment qu'elle éprouva des troubles vésicaux qui augmentèrent graduellement d'intensité et devinrent tellement insupportable, qu'elle dut cesser de remplir la place de bonne d'enfant qu'elle occupait, et entrer dans une maison de charité.

Le 15 février 1877, elle fut examinée par le Dr Goodell, qui trouva derrière le col utérin une tumeur dense et immobile qui remplissait le cul-de-sac de Douglas. Le fond de l'utérus est situé à gauche au-dessus de la symphyse pubienne et tellement en avant qu'il fut pris au premier abord pour une tumeur fibreuse.

L'hystérométrie permit cependant de rectifier le diagnostic et donna 4 centimètres en plus de la profondeur normale de l'utérus. La malade, étant très-nerveuse, contractait les muscles de l'abdomen et on ne put tirer aucune indication de l'examen supra-pubien. On percevait par le vagin une sensation obscure de fluctuation.

La malade fut admise à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie et fut éthérisée le 21 février dans le but de pratiquer un examen plus approfondi. Celui-ci n'apprit rien de nouveau, si ce n'est que la tumeur était bien fixée et ne pouvait être délogée du cul-de-sac de Douglas. Ayant acquis la certitude qu'elle contenait du liquide, le

Dr Goodell pratiqua une ponction par le vagin qui donna issue à 5 ou 700 grammes d'un liquide jaunâtre. La tumeur s'affaissa alors au point de devenir difficilement perceptible. L'utérus regagna sa position normale et reprit sa mobilité ordinaire. On diagnostiqua un kyste ovarien avec adhérences pelviennes et utérines.

La malade alla d'abord mieux après cette opération. Elle put uriner d'abord facilement pendant quelques jours, mais des symptômes de compression ne tardèrent pas à se produire, et le 3 mars la tumeur avait atteint son ancien volume. Elle s'affaissa de nouveau après une seconde ponction qui fit encore cesser les troubles urinaires. Un litre environ de liquide sanguinolent et turbide fut obtenu. La malade éprouva ensuite des symptômes de pyohémie, frissons, perte d'appétit, nausées, élévation de la température. Elle accusa également une douleur dans la région pelvienne, mais il n'y avait pas de tympanite. Le kyste ne tarda pas à se remplir de nouveau et donna lieu à des symptômes tellement pénibles que la malade, qui jusqu'ici avait refusé l'ovariotomie, y consentit volontiers.

L'opération fut pratiquée. La malade fut éthérisée et placée dans la position de la lithotomie. Après un examen très-complet on constata qu'il était impossible de refouler la tumeur dans la cavité abdominale. C'est alors que M. Goodell eut l'idée de tenter l'extraction du kyste par le vagin. En cas d'insuccès, il se proposait de réunir les lèvres de la plaie vaginale à celles de l'ouverture du kyste et de pratiquer le drainage.

Après avoir introduit deux spéculums de Sims, une incision fut pratiquée dans l'espace qu'ils laissaient libre, c'est-à-dire dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

L'ouverture du cul-de-sac de Douglas donna issue à 2 ou 300 gr. d'un pus fétide et épais. Les adhérences qui étaient nombreuses furent détruites, du moins celles qui purent être atteintes avec le doigt. Le kyste fut ensuite saisi avec une pince et vidé par aspiration; on obtint environ 2 litres d'un liquide purulent et grumeux d'une odeur extrêmement fétide.

L'aiguille du trocart pénétra ensuite dans un autre kyste qui donna issue à environ 30 grammes d'un liquide clair et sirupeux. Après avoir soigneusement imbibé ses mains d'une solution de chloral, l'opérateur pénétra dans la cavité abdominale pour détruire les adhérences du kyste et en pratiquer l'extraction. Cette partie de l'opération fut la plus longue et la plus laborieuse à cause du nombre et de

l'importance des adhérences et de l'étroitesse du vagin. On dut employer un forceps pour terminer l'extraction de la tumeur.

Le kyste n'était pas pédiculé, mais il était fortement adhérent à l'utérus qui se présentait maintenant à l'orifice de l'incision. On n'avait senti aucune anse intestinale pendant toute la durée de l'opération. Le Dr Goodell avait d'abord pensé à pratiquer l'énucléation, mais il y avait renoncé dans la crainte de rencontrer quelques vaisseaux que la profondeur de la plaie n'eût pas permis de lier. Il saisit le ligament large gauche qui fut transfixé par une aiguille conduisant une double ligature, et, afin d'empêcher cette ligature de glisser et de tomber, l'opérateur y laissa une petite portion de la tumeur, faisant ainsi dans le kyste une ouverture cylindrique de la largeur d'une pièce de 2 francs. Le drainage fut assuré en laissant les fils des ligatures hors de la plaie.

La tumeur était constituée par un kyste principal qui seul avait suppuré ; on y trouvait également trois ou quatre petits kystes dont le contenu était transparent et visqueux.

La malade resta plusieurs jours dans une position critique. Elle n'eut pas de péritonite, mais éprouva des symptômes graves de septicémie. Elle ne conservait dans l'estomac aucun aliment, et on fut obligé de lui administrer des lavements nutritifs. La température et le pouls restèrent élevés ; une suppuration très-abondante avait lieu par le vagin ; les urines et les matières fécales s'échappaient sans que la malade en ait conscience. Vers le sixième jour, on pratiqua des injections dans le cul-de-sac de Douglas avec une solution contenant 4 grammes de *liquor sodæ chlorinatæ* (1) par litre d'eau. Ces injections furent continuées pendant plusieurs jours, elles entraînaient hors de la plaie une grande quantité de matières épaisses, purulentes et fétides, elles apportèrent d'abord une amélioration notable dans l'état général, mais elles devinrent très-douloureuses et on fut obligé d'y renoncer.

La convalescence s'établit cependant, mais elle fût longue. La malade était en proie à une sorte de névralgie hystérique qui lui causait de la dysphagie et s'opposait à l'ingurgitation des aliments solides. Une suppuration abondante continuait par le vagin. Ce n'est que vers le milieu d'avril, plus de deux mois après l'opération, qu'elle

(1) Pharmacopée américaine.

put rester quelques heures dans un fauteuil. Elle se levait et marchait dans les salles, et les ligatures n'étaient pas encore tombées.

Le 26 avril la malade eut un mouvement de colère et pratiqua une traction assez violente sur les ligatures qui cédèrent. Elle éprouva une vive douleur qui fut suivie de la perte d'environ 120 grammes de sang. Elle fut visitée quelques instants après par le Dr Goodell qui la fit coucher et administra quelques calmants. La douleur pelvienne se prolongea pendant quelques heures, mais cette imprudence n'eut pas d'autres suites graves. La malade était assez bien rétablie quinze jours plus tard pour quitter l'hôpital.

Dr LUTAUD.

VARIÉTÉS

Le service des accouchements à la prison de Saint-Lazare. — Le *Progrès médical* du 31 août 1878 a publié le vœu suivant que vient d'émettre le conseil général de la Seine :

« Le conseil général considérant : 1° que la maison de Saint-Lazare comprend, à côté de la prison des femmes, une infirmerie de femmes malades atteintes d'affections vénériennes ; 2° que parmi cette population dont le chiffre s'élève à plus de 1500 femmes, il y a un grand nombre de femmes enceintes ou nourrices ; 3° que les accouchements sont ordinairement faits par des internes nommés sans concours et qui d'après le nombre des inscriptions qui leur sont exigées au moment de leur nomination, n'ont pas été à même de suivre les cliniques d'accouchements et par conséquent ne possèdent pas de connaissances spéciales ;

« Les soussignés demandent à Monsieur le préfet de police de créer à la maison de Saint-Lazare un service d'accouchements confié à un médecin accoucheur :

Dr Paul DUBOIS, Dr BOURNEVILLE, Dr BÉCLARD, A. DELPECH, Dr FRERE, Dr A. LAMOUROUX, Dr Ph. LOISEAU, E. VILLENEUVE, J.-A. LAFONT, Dr G. MARTIN, MATHÉ, Dr MÉTIVIER, H. THULIÉ. »

Le vœu que vient d'exprimer le conseil général de la Seine nous

paraît bon ; toutefois, qu'il nous soit permis d'en discuter les considérants qui sont de nature à jeter un certain discrédit sur les personnes auxquelles incombe la responsabilité du service d'accouchements de la prison. Comme nous sommes chargé depuis plusieurs mois de l'un des services d'accouchements de Saint-Lazare, nous croyons être à même de fournir quelques renseignements qui prouveront que le service n'est pas aussi défectueux que le vœu exprimé par le conseil général tend à le faire supposer.

Le chiffre des accouchements pendant une période de quatre ans et demi a été de 366 (cette période commence en 1873 et se termine à la fin de juin 1878). Sur ce chiffre on a constaté seulement 5 décès de femmes, ce qui donne une moyenne de 1,36 pour cent. Si nous comparons cette moyenne à celle des hôpitaux de Paris, nous voyons immédiatement que la mortalité des femmes accouchées à Saint-Lazare est éminemment inférieure à celle des hôpitaux, puisque dans ces derniers la mortalité a été

en 1872	de	5,51	pour 0/0
en 1873	de	3,85	—
en 1874	de	3,74	—
en 1875	de	2,77	—
en 1876 (1er semestre)	—	2,86	—

Les chiffres précédents, si éloquents par eux-mêmes, n'ont pas besoin de commentaires.

Pour expliquer d'aussi heureux résultats, il nous suffit de faire connaître l'organisation du service d'accouchements. On verra que c'est grâce aux soins les plus minutieux que l'on est ainsi parvenu à obtenir une mortalité aussi restreinte.

Le service des accouchements comprend deux salles; dans l'une qui est composée de 6 lits, on reçoit les femmes vers le septième mois de la grossesse.

Au moment du travail, la femme est placée dans une cellule spéciale, afin que ses cris et les allées et venues des personnes qui l'assistent ne puissent être entendus des autres femmes ; puis l'accouchement terminé, elle est transportée dans une salle spéciale composée de 5 lits seulement.

Pendant l'accouchement la patiente est toujours assistée par l'interne de garde, et JAMAIS LA DÉLIVRANCE N'EST CONFIÉE A UNE INFIRMIÈRE.

Pour les cas difficiles, le médecin auquel est confié le ser-

vice d'accouchements est toujours appelé. C'est là une façon de procéder qui, nous l'avons vu par nous-même, n'est pas toujours pratiquée ailleurs, et nous le regrettons. Si maintenant le moindre accident puerpéral vient à se produire, la nouvelle accouchée est immédiatement enlevée de la salle des accouchées et placée dans une cellule isolée, éloignée de la salle d'accouchements.

C'est cet ensemble de précautions qui ne laisse presque rien à désirer, qui expliqué l'heureuse statistique que nous avons fait connaître au commencement de cette note.

Envisageant à un autre point de vue la question de l'opportunité de la création d'un service spécial d'accouchements et de nourrices, nous ne pouvons qu'être de l'avis des signataires du vœu exprimé par le conseil général, mais nous nous fonderons alors sur des considérations absolument différentes de celles qu'à émises le conseil et qui résultent de l'importance trop grande du service dont nous sommes chargé.

Le service comprend en effet six salles avec 151 lits, plus 6 cellules avec 9 lits, ce qui donne un total de 160 lits. Ces lits se décomposent de la façon suivante :

Salle	Sainte-Madeleine.	40 lits.	Maladies générales.
—	Sainte-Eléonore..	40 lits.	
—	Sainte-Anne.....	5 lits.	Accouchées.
—	Saint-Léonard...	6 lits.	Femmes enceintes.
—	Saint-Joseph.....	30 lits.	Nourrices.
—	Saint-Vincent....	30 lits.	

Si l'on remarque qu'un grand nombre de malades sont atteintes d'affections vénériennes, qui demandent des examens fréquents au spéculum, on verra de suite combien le médecin se trouve surchargé.

Il est un point sur lequel nous voudrions attirer l'attention de Monsieur le préfet de police, c'est celui des élèves chargés d'assister les médecins de la prison.

Sans parler de la nomination des internes au concours, que nous regarderions comme très-avantageuse, nous voudrions qu'un ou deux externes fût attaché à chaque service, afin d'alléger la tâche trop lourde des internes.

Ces jeunes gens sont, en effet, chargés de toutes les fonctions qui incombent non-seulement aux internes, mais encore aux externes : contre-visite, pansements, etc. Il en résulte que les internes, absorbés

par des fonctions par trop matérielles, n'ont pas un temps suffisant à consacrer à l'examen de leurs malades, et qu'ils ne peuvent seconder le chef de service autant qu'il serait désirable.

Si donc nous étions appelé à formuler un vœu, voici celui qu'il nous paraîtrait convenable d'émettre ;

Considérant :

1° Que le service de la 1re section de l'infirmerie de Saint-Lazare qui comprend non-seulement le service d'accouchements et de nourrices, mais encore deux salles de maladies générales présente une importance trop considérable ;

2° Que les internes ne sont pas en nombre suffisant pour assurer le service d'une façon convenable ; demandons :

1° Qu'un service spécial d'accouchements et de nourrices soit créé à Saint-Lazare ;

2° Que deux élèves externes soient adjoints à chaque service.

A. Leblond.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Beschreibung eines sehr kleinen menschlichen Eies (*Description d'un très-petit œuf humain*), par Ahlfeld (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 247, avec une planche). On peut consulter sur ce sujet Braxton Hicks (*Obstetrical Transaction*, t. XIV, p. 149), Langhans (*Arch. f. Anat. u. Phys.* 1877, p. 231), Breus (*Wiener med. Wochenschrift*, 1877, p. 502 et 1878 n° 17), Beigel et Löwe (*Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 421).

Zur Casuistik der angebornen Misbildungen, par Edw. Kreiss, avec un dessin. Cette fille née d'une mère primipare présentait une amputation du bras droit un peu au-dessus du coude et une éventration s'étendant du nombril à l'hypochondre gauche (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 287).

Ueber einen Epignathus (*Description d'un épignathe qui se trouve au musée de Munich*), par Otto (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 167, avec une planche).

Ueber die Behandlung der Fehlgeburt (*Du traitement de l'avortement*), par Fehling (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 222).

Die Torsionend der Nabelstranges, par Kehrer (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 230). Ce travail, comme le suivant (id., p. 234), réfute l'importance exagérée qui a été accordée aux tours de cordon par Ruge (*Zeit-*

schrift f. Geburtsk., t. I, p. 63) et Martin (même recueil, t. II, 2 livre). L'auteur a observé 4, 6, 8, 10 et même 21 tours de cordon sur des enfants vivants. Partant il se croit autorisé à conclure que des tours même multiples sont sans influence ou tout au plus ont une influence médiocre sur la circulation plantaire.

Zur Casuistik der Impressionen der Kindlichen Schädels bei engem Buken (Relation d'un cas d'enfoncement du pariétal droit causé par un bassin étroit), par Neumann (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 274).

Zwei fälh von Extrauterinschwanguschaft (Relation de deux autopsies de grossesse extra-utérine), par Frankel (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 249).

Ueber den Werth den subcutanen Ergotin injectionen bei fibro-myomen und chronischer Hypertrophie des Uterus nebst zwei Sectimsbefunden (Sur l'action des injections sous-cutanées d'ergotine dans les fibro-myomes et l'hypertrophie chronique de l'utérus avec deux autopsies et une planche), par Léopold (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 182).

Ueber Blutergüsse und Blutgeswülte der ovarien (Sur les hémorrhagies et les tumeurs sanguines de l'ovaire), par Léopold (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 300). C'est l'étude de l'apoplexie des ovaires.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes, par le docteur A. Pinard, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — Lauwereyns, éditeur, Paris, 1878. Prix : 6 fr.

De l'accommodation en obstétrique, par le docteur J. Martel, chef de clinique d'accouchements. Thèse d'agrégation. — J. B. Baillière, éditeur, 1878.

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, par A. Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc. 1 vol. in-8° avec 33 figures dans le texte et 2 planches en chromolithographie. Prix : 10 francs; cartonné, 11 francs. — Paris, V. Adrien Delahaye et Ce, éditeurs.

Traitement du spina bifida par la méthode nouvelle de James Morton, professeur de matière médicale à Anderson's University, chirurgien de l'Infirmerie royale de Glascow, traduit de l'anglais par les Drs J.-A. Fort, professeur d'anatomie et de chirurgie, et A. Guichet, médecin aide-major. — V. A. Delahaye et Ce, éditeurs. Paris, 1878. Prix : 2 francs.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M^r^-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES HERNIES DE L'OVAIRE

Par le Dr Albert Puech,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Parmi les matières se rattachant au domaine de la gynécologie, il n'en est pas dont la connaissance soit moins avancée que celle des hernies de l'ovaire. Assurément, pour qui veut se donner la peine de les rechercher, nombreux sont les faits qui signalent ce déplacement, mais en retour, pour qui veut en tracer l'histoire sur des bases certaines, rares sont ceux qui le font connaître dans toutes ses particularités. Beaucoup d'observateurs se bornent à constater le phénomène anatomique alors que d'autres plus minutieux dans leurs relations nous laissent cependant ignorer des détails utiles à connaître et importants à

apprécier. Bref, soit rareté, soit indifférence ou bien obscurité, la genèse de ces déplacements est controversée, la symptomatologie mal établie, le diagnostic extrêmement obscur et, par suite, la thérapeutique grandement incertaine.

A moins de restreindre son amour pour la science à des vœux purement platoniques pour son avancement, on ne saurait supporter plus longtemps cet état de choses; aussi quelque difficulté que présente l'élucidation d'un pareil sujet, ai-je formé le dessein de l'étudier avec quelque développement. J'y suis d'autant plus sollicité que, depuis ces dernières années, de nouvelles observations se sont produites et ont apporté un complément sérieux d'informations pour résoudre ce problème intéressant entre tous.

I

Les documents relatifs aux hernies de l'ovaire sont d'origine toute moderne. L'inventaire du passé n'est pas cependant aussi stérile qu'on serait tenté de le croire *a priori*.

A s'en rapporter à Peyrilhe le savant auteur de l'*Histoire de la chirurgie* (t. II, p. 277), Soranus d'Ephèse aurait vu l'intestin grêle descendu dans la grande lèvre précédé par l'un des ovaires. Si cette citation est exacte — ce que j'ai lieu de croire, bien que contre mon habitude je n'ai pu la vérifier — ce serait là le premier exemple connu de hernie accidentelle de l'ovaire.

Seize siècles se passèrent avant qu'on en signalât un nouvel exemple, mais vu la rareté du livre dans lequel il est contenu, je n'aurais pu le faire connaître si un savant confrère, M. le Dr Dureau, ne m'avait prêté son bienveillant concours. Je lui renouvelle à ce sujet mes remerciments et reproduis dans toute sa teneur cette observation curieuse et extrêmement intéressante.

OBS. I. — *Hernie inguinale de l'ovaire droit; conception; incision de la tumeur et extraction du fœtus; guérison.*

Dans le mois d'août de l'année 1706, une jeune demoiselle de 20 à 21 ans, ayant une tumeur à l'aine droite, grosse comme un œuf de poule, qui avoit commencé à paraître depuis environ un mois, vint chez moy me consulter sur ce sujet; l'ayant visitée, je pris d'abord cette tumeur pour un bubon vénérien, d'autant que cette demoiselle n'était pas fort indifférente aux caresses d'un jeune homme qui me l'amena chez moy et que j'avois même traité depuis peu d'une petite galanterie, dont il étoit pour lors parfaitement bien guéri.

La tumeur n'étant point accompagnée de douleur ny d'aucuns autres accidents, je n'y appliquai rien dessus, et je dis à la malade qu'elle ne se mit pas en peine de la suite.

Peu à peu cette tumeur augmentoit sans que cette demoiselle ressentit aucunes douleurs capables de me faire connoître qu'il y eut de la matière; la touchant, je sentais des inégalités et un battement d'artères assez considérable. Je ne sçavois que croire sur la nature de cette tumeur: les inégalités m'auroient volontiers fait conjecturer que c'eut été une epiplocelle, si les battements d'artères que j'y remarquois alors ne m'eussent fait craindre quelque anévrysme interne causé par la dilatation des artères de l'épiploon, et de celles qui arrosent les aponévroses des muscles de l'abdomen.

Catte demoiselle voyant que sa tumeur grossissait de plus en plus et que depuis deux mois et demi elle était devenue de la grosseur d'un pain d'une livre, elle me pria de la guérir de quelque manière que ce fut. Je n'y voulois point toucher sans l'avis et la présence de quelques personnes; je craignois de passer pour un téméraire si je ne réussissois point dans mon entreprise, d'autant que la malade étoit de bonne famille et qu'elle tenoit un assez beau rang parmi la noblesse; d'ailleurs son commerce amoureux avec son amy n'étoit pas connu.

Je représentoi donc à cette demoiselle tous les dangers où elle s'exposoit; toutes mes raisons furent inutiles, elle me pressa fort de faire mon possible pour la soulager, aussi je me déterminai à faire l'opération du *bubonocelle*.

Je commençois par apprêter mon appareil ainsi qu'on a coutume; j'incisoi les tégumens en la manière ordinaire : après les avoir inci-

sez j'aperçûs un sac de couleur brune, que je pris d'abord pour la poche qui se fait par l'allongement du péritoine dans la chûte des parties intestinales, ce qui l'étoit aussi.

Lorsque j'eus mis cette poche à découvert, j'y aperçus un battement très-manifeste, cela fit redoubler ma crainte, mais comme ce battement n'étoit que d'espace en espace, je fis une incision entre deux, par laquelle il sortit la valeur d'un demi-septié (mesure de Paris) d'une eau assez claire. La tumeur ayant diminué de grosseur par l'écoulement de ces eaux, j'introduisis dans l'ouverture une sonde creuse sur laquelle je coulai des ciseaux pour couper cette poche que je trouvai double.

La poche étant incisée, je trouvoi un petit fétus long d'un demi-pied et gros en proportion de sa longueur : j'ondoyoi promptement cette petite créature, qui était un garçon encore vivant, je fis la ligature du cordon ombilical et le coupoi ainsi qu'on a coûtume de faire.

Le sac de couleur brune que j'avois vu d'abord étoit une production ou un alongement du péritoine qui contenoit les enveloppes du fétus desquelles ces eaux étoient sorties.

Selon toutes les apparences, ce petit garçon avait environ 2 mois et demi ou 3 mois au plus, vû que sa mère ne s'étoit aperçu de la tumeur que depuis ce temps et que ses ordinaires avoient aussi cessé de couler.

Les inégalitez et les battemens d'artères que j'avois vûs à la tumeur provenaient sans doute du cordon ombilical, je le pris afin de le suivre et voir les adhérences du placenta, mais le tirant tant soit peu à moy, je le détachoi sans aucune violence. Ce placenta étoit attaché à la circonférence de l'anneau du muscle oblique externe et aux parties voisines. Comme l'anneau de ce muscle me paraissoit donner occasion à quelque hernie, je le scarifiai tout autour; j'y appliquai dedans une tente chapronée et par dessus je mis le reste de mon appareil.

J'aurois souhaité qu'on m'eut permis d'apeler quelques personnes pour être témoins d'une chose si extraordinaire; j'eus beau faire, on ne le voulut pas, parce qu'on apréhendoit que cette opération ne fit trop de bruit dans la ville.

Il y a apparence que cet œuf avoit sorti par la distance qui se trouve entre les dentelures de la trompe, lorsque l'ovaire en était embrassé et qu'après être tombé dans l'abdomen par les ligamens ronds de la

matrice qui viennent passer par les anneaux des muscles du bas-ventre (où sans doute cet œuf avait été rendu fécond), il s'étoit logé dans l'anneau du muscle transverse à la faveur du relachement du péritoine et par le mouvement des viscères, ensorte qu'après avoir passé par les anneaux des deux obliques il s'étoit arrêté dans cette partie où il avait pris son accroissement.

(*La véritable chirurgie établie sur l'expérience et la raison*, par le sieur Louis Léger de Gouey, Me chirurgien juré, reçu à Paris et résidant à Rouen. — Rouen, 1716, in-8, 5e partie, p. 401).

Inutile de discuter l'interprétation de l'auteur. Quant à celle que j'ai proposée, à défaut de détails anatomiques plus circonstanciés, elle paraît se justifier et par les analogies que ce cas présente avec ceux de Balin et de Widerstein et par des motifs physiologiques qui ne sont pas sans quelque valeur. En effet, pour qu'une grossesse puisse se développer en dehors de la cavité de l'abdomen comme l'était incontestablement celle-ci, il faut nécessairement supposer que l'ovaire et la trompe s'y trouvaient au préalable, le premier pour fournir l'œuf à féconder, la seconde pour y amener les spermatozoaires indispensables au grand acte de la conception. La hernie simultanée de l'ovaire et de la trompe est indispensable en de pareils cas, et c'est pourquoi j'ai été conduit à en admettre l'existence.

Cette observation n'est pas au reste la seule qui ait été interprétée d'une façon erronée et si je ne craignais d'étendre démesurément cet historique, il me serait facile d'emprunter à la littérature de cette époque des faits dans lesquels le déplacement de l'ovaire a été pareillement méconnu. Quelque intéressante que puisse être cette revue rétrospective, elle sera laissée de côté. Il me suffira de dire que le bilan du XVIIIe siècle se résume en une vingtaine d'observations les unes mal interprétées, les autres incomplètes dans leurs relations.

Le XIXe siècle devait porter à une centaine le nombre des observations et surtout était appelé à faire naître des historiens qui avaient jusqu'alors brillé par leur absence. Le premier en date fut un jeune médecin venu d'Amiens à Paris pour recueillir

une partie de l'héritage de son oncle, le célèbre Baudelocque. Ayant observé et traité avec succès une hernie inguinale de l'ovaire, il en fit en 1813 l'objet d'une monographie. Malgré la modestie de ses prétentions et l'exiguité de ses proportions, le mémoire de Deneux eut une faveur exceptionnelle. Bien accueilli à son début, il est resté pendant un demi-siècle la source à laquelle ont puisé tous les *classiques*. Ce n'est pas que dans l'intervalle de nouvelles observations n'eussent été publiées, mais disséminées dans les recueils français et étrangers, elles étaient restées pour la plupart non avenues. Veut-on des preuves de cette assertion? M. Loumaigne qui, en 1869, a observé un cas de hernie crurale remarquable par la précision des détails, la justesse des déductions, ne signale en tout qu'une quinzaine d'observations. Le Dr Franck Hamilton qui avait eu à traiter une hernie inguinale et congéniale et qui a publié avec la collaboration du Dr Terry un mémoire sur ce sujet (Bellevue hospital Reports, 1870, p. 159), trouve seulement à relever douze cas analogues.

Pour être moins incomplets, les travaux dont il reste à parler ne sont pas cependant tout à fait irréprochables. Le premier publié par Englisch (*Œsterr. medic. Jahrb.*, 1871, 3 livr., p. 335) est établi sur 38 cas dont 27 ont trait à des hernies inguinales, 9 à des hernies crurales et 2 à des hernies, soit par le trou obturateur, soit par le trou ischiatique. Des hernies inguinales, 9 étaient doubles, 9 siégeaient à droite, 5 à gauche, et pour le reste le côté n'est point indiqué. Quant aux hernies crurales, 4 siégeaient à droite, 4 à gauche, et dans un cas le côté n'est point indiqué. Le second travail qui constitue le chapitre II de ma monographie (*Des ovaires et de leurs anomalies*, Paris, Savy, 1873, in-4°, p. 42 à 77) est rédigé d'après le dépouillement de 65 *observations*, mais malgré ce chiffre considérable, il n'échappe pas davantage à la critique. D'abord on peut lui reprocher de n'envisager qu'une des faces du problème et de s'occuper exclusivement des hernies inguinales de source congéniale. Notre cadre est aujourd'hui tout différent en même temps que l'étude précédente simplifie notre tâche. Nous em-

brasserons le sujet dans toute son étendue et ne laisserons dans l'ombre aucune des difficultés qu'il peut faire naître.

II

L'anatomie pathologique des hernies de l'ovaire est la partie la plus avancée de leur histoire et tout à la fois celle qui est la moins sujette à contestation : aussi nous l'exposerons succinctement afin de pouvoir traiter avec plus de détails les points épineux ou controversés.

Les déplacements de l'ovaire sont nombreux; ils peuvent être causés, tantôt par un changement de volume de l'organe lui-même, tantôt par la pression des organes voisins ou de tumeurs, tantôt par des tiraillements exercés par l'utérus, tantôt par des adhérences pseudo-membraneuses. Quant aux hernies proprement dites, elles sont à tous égards d'observation beaucoup moins commune que les déplacements, mais comme elles ont été rencontrées dans tous les endroits où ont été notées les hernies formées par les autres viscères, elles présentent malgré le nombre relativement restreint de cas qui les signalent une foule de variétés. De là la nécessité des divisions que nous allons tour à tour indiquer.

A. *Hernie inguinale de l'ovaire.* — Cette variété est la plus habituellement observée; elle est cinq fois plus commune que la variété crurale et au moins quatre fois plus commune que toutes les variétés réunies. J'en ai relevé 86 observations dont plusieurs très-circonstanciées. Non-seulement elle est la seule qu'on observe chez les nouveau-nés, mais encore chez les adultes elle est la plus communément rencontrée contrairement à ce que l'on devait s'attendre en voyant l'inverse arriver ordinairement pour les hernies intestinales. Cette prédilection, trop marquée pour être l'effet du hasard, est en rapport avec la genèse de cette

hernie : à proprement parler elle est moins une maladie qu'une véritable anomalie et est par une suite nécessaire plus souvent congénitale qu'accidentelle. Dépouille-t-on à ce point de vue les observations on en trouve 16 réellement accidentelles, un égal nombre pour lequel il y a lieu de placer un point d'interrogation, et enfin 54 dont l'origine congéniale ne paraît point douteuse.

Cette prédominance des hernies congéniales sur les hernies accidentelles ne me paraît point exagérée; au contraire, je suis convaincu que plus on sera familiarisé avec les caractères des unes et des autres, plus la proportion des hernies congéniales s'élèvera. En effet, si elles peuvent exister à l'état d'isolement et se rencontrer avec des organes génitaux normaux comme dans l'observation première, elles coïncident assez souvent avec des anomalies des organes internes ou externes de la génération. Ainsi on les a notées 4 fois avec un utérus *unicorne* ou *bicorne*, 13 fois avec l'hermaphrodisme féminin et 16 fois avec l'absence ou l'état embryonnaire de l'utérus. Cette dernière anomalie paraît en favoriser la genèse d'une façon particulière, puisque depuis ma dernière publication, c'est-à-dire en moins de cinq ans il en a été publié au moins trois exemples authentiques. Tels sont les faits de Jaquet (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynæk., t. II, p. 10), de Lamm (Hygiea, 1873, Sv. lak. salisk. forh., p. 336) et de Werth. A raison de son importance capitale, je reproduis cette dernière observation dans laquelle l'opération est venue compléter le diagnostic porté sur le vivant.

Obs. II. — *Développement rudimentaire des cordons de Muller; ectopie congénitale des reins; hernie inguinale double des ovaires; extirpation simultanée des deux ovaires; guérison rapide.*

E. Reese, âgée de 22 ans, entra à la clinique de Kiel le 2 octobre 1876. Elle est née de parents sains, a des frères bien portants et n'a eu ni rachitisme, ni scrofules, ni trouble constitutionnel.

A sa douzième année, à la suite d'un coup porté à la nuque, elle perdit connaissance, et après des douleurs persistant pendant toute

une année, eut une courbure du cou. A sa quatorzième année, il survint dans les extrémités inférieures des douleurs qui furent suivies de diminution dans les forces et d'amoindrissement de la sensibilité dans la jambe droite.

Les règles n'ont jamais apparu. A la place de celles-ci, il y a, toutes les quatre semaines, des douleurs dans le ventre qui s'irradient vers les reins et s'accompagnent d'une exacerbation dans les douleurs des membres inférieurs.

Il y a environ neuf mois, une *atrésie* du vagin fut reconnue, et c'est pour en être guérie qu'elle est venue à la clinique.

C'est une brunette de 1 m. 50 de taille, à système musculaire peu développé et à habitus enfantin. La voix féminine, du reste, est un peu rauque; les seins sont petits, plats; les mamelons sont courts, à aréoles peu marquées et non colorées.

Le système osseux est faible; les os des extrémités sont droits, les vertèbres du cou sont déviés par suite de l'inflammation dont elles ont été l'objet.

Le bassin a, dans sa manière d'être, conservé le caractère enfantin.

Les organes génitaux externes sont bien conformés.

Le méat uréthral a son bord libre entouré par une saillie muqueuse légèrement dentelée et haute de 5 millim. environ, qui se divise en deux angles parallèles. Écarte-t-on ces deux plis, on tombe dans un cul-de-sac ayant 5 millim. de profondeur et revêtu par une muqueuse sécrétant un mucus blanc. De cet endroit à la commissure postérieure des grandes lèvres se trouve un enfoncement revêtu par une membrane lisse, rouge clair.

Entre le cathéter placé dans l'urèthre et le doigt dans le rectum, on ne découvre, soit sur la ligne médiane, soit sur les côtés, aucun rudiment de vagin. Le palper abdominal combiné avec le toucher rectal ne fait rencontrer ni utérus ni annexes, mais le doigt atteint en haut et de chaque côté un corps qui est reconnu être le rein.

Enfin, dans quelques-uns des examens effectués dans le sommeil chloroformique, on perçoit, de chaque côté du bassin, de petits corps roulant sous le doigt et dont la nature ne peut être précisée. Ce sont, sans doute, les rudiments de l'appareil génital interne.

Quatre semaines après son entrée, de violentes douleurs accusées dans les aines attirent l'attention sur cette région et amènent à constater de chaque côté et sous la peau, normale du reste, un corps du

volume d'un œuf de pigeon, comparable au testicule pour sa manière d'être et sa sensibilité. Les deux corps mobiles sont placés symétriquement dans la direction du canal inguinal : le pôle supérieur ou externe correspond à l'anneau inguinal dilaté, alors que le pôle inférieur ou interne correspond à l'extrémité antérieure de la grande lèvre. En arrière du pôle supérieur est un appendice à bord tranchant, très-analogue à l'épididyme pour la forme, le volume et la consistance. Les essais de réduction étaient infructueux, et quand parfois on parvenait à en rentrer une partie elle ressortait aussitôt.

La compression accroissait les douleurs déjà existantes et les faisait s'irradier aux reins et à l'épigastre ; au contraire, l'application d'un cataplasme de glace les calmait. Bref, après avoir duré une semaine elles cessèrent complètement, mais les mouvements réveillaient des sensations telles que la malade se mouvait à contre-cœur. A la suite, ces corps, qui n'étaient autres que les ovaires herniés, parurent moins volumineux et on put percevoir les inégalités de leur surface.

La malade prétend avoir constaté la hernie à sa quatorzième année, époque où les douleurs se sont montrées pour la première fois dans cette région. Quant au retour des paroxysmes, il n'a pas eu, pendant le séjour de la malade à l'hôpital, la régularité accoutumée. A raison de son peu d'intelligence, on n'a pas pu déterminer s'il existait des désirs sexuels, mais la manière d'être et la mobilité des ovaires font penser à la possibilité de sensations voluptueuses.

En résumé, alors que les troubles de la motilité et de la sensibilité, ainsi que la plupart des troubles des membres inférieurs, sont sous la dépendance de la *spondylite cervicale* dont cette fille a été atteinte il y a dix ans ; les douleurs siégeant dans les aines, ainsi que les douleurs qui s'irradient dans diverses directions à certaines époques, se rattachent manifestement au *molimen menstruel*. La coïncidence de leur première apparition avec le temps habituel de la puberté, le caractère à peu près mensuel de leur retour, ainsi que l'absence de tous symptômes d'étranglement et d'inflammation du côté de la hernie, autorisent à poser catégoriquement cette conclusion.

Vu l'inutilité des ovaires et les douleurs dont ils sont la source, Esmarch en fit l'extirpation successivement le 2 février 1877 par la méthode de Lister, « *carbolspray*, » en commençant par l'organe du côté droit.

Après avoir fendu la peau dans toute sa longueur, séparé le *fascia superficialis* et les couches sous-jacentes du tissu cellulaire, on ren-

contra dans le sac herniaire un corps parfaitement semblable au testicule, qui se présenta en avant par son bord libre convexe dès que la gaîne en eût été incisée. Le pédicule large, revêtu d'une séreuse lisse et pâle s'insérait à l'ovaire dans toute l'étendue de son bord postérieur (interne), puis, l'abandonnant en haut vers le canal inguinal, permettait, à raison de sa longueur, de tirer l'ovaire jusqu'à plusieurs centimètres en avant de la plaie. Du pôle de l'ovaire, tourné en bas et en dedans du point où se trouve le pédicule, se détache un cordon charnu qui, après avoir longé le bord postérieur, remonte en haut dans le canal inguinal.

Le pédicule fut lié en avant de la plaie avec un cordon de *catgut*. Après la section, l'extrémité portant la ligature se rétracta. La plaie fut ensuite couverte d'ouate imbibée d'acide salicylique, et l'opération fut ensuite effectuée à gauche de la même manière.

Dans l'intervalle des deux opérations, la plaie droite avait saigné, ce qui tenait à ce que la partie la plus inférieure de la surface sectionnée avait échappé à la ligature. Une nouvelle ligature arrêta définitivement l'hémorrhagie; on établit de chaque côté un drain de gomme et réunit la plaie sur ceux-ci avec des cordons à gaîne phéniquée : par-dessus on appliqua de la ouate imbibée d'acide salicylique.

Il n'y eut pas de réaction. La plaie se réunit jusqu'à l'angle inférieur qui donna une sécrétion médiocre, mais nécessita un séjour au lit plus prolongé que l'état général ne le rendait nécessaire.

Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, la patiente se plaignit de violentes douleurs qui s'irradiaient, comme précédemment, vers la région sacrée, le fond du bassin et la cuisse correspondante, mais la température du corps ne s'éleva pas au-dessus de la normale. Peu à peu les douleurs s'amoindrirent, mais l'hyperesthésie persista dans la jambe droite et resta la même qu'avant son entrée. Vers la fin de son séjour des moyens appropriés rendirent sa marche plus assurée. Elle quitta l'hôpital le 21 mars, c'est-à-dire sept semaines après l'opération.

L'ovaire gauche avait 40 millim. en longueur, 20 millim. en hauteur et 10 millim. en épaisseur, avec une extrémité latérale aiguë et une médiane renflée. Au-dessous de l'infundibulum tubaire se trouve un cordon charnu arrondi qui, dans son parcours, décrit un angle aigu avec l'axe longitudinal de l'ovaire. Ces trois organes, car ce der-

nier est la partie supérieure d'un *utérus bicorne embryonnaire*, sont réunis l'un à l'autre par un large pédicule.

L'infundibulum tubaire avec ses franges est normalement conformé. Une de ses franges principales porte une volumineuse hydatide de Morgagni, dont la paroi est parcourue par un réseau vasculaire délié. Un peu au-dessous est un kyste du volume d'une lentille, à parois épaisses et à contenu laiteux. C'est là tout ce qui reste de la trompe, et par conséquent, vu l'absence du feuillet correspondant du ligament large, celui-ci est devenu un mésovaire.

L'ovaire droit, qui a la forme d'une fève, est long de 48 millim., large de 25 et épais de 16. Outre l'infundibulum tubaire, on trouve ici l'ampoule tout entière; elle peut être sondée et, à l'œil comme au microscope, elle est normale. Quant au corps médian musculeux (corne droite de l'utérus), il est un peu plus épais qu'à gauche.

Les deux ovaires ont fonctionné : leur surface inégale est couverte en quelques endroits de cicatrices volumineuses, en d'autres elle est brillante et lisse, ici et là bombée et parsemée de petits follicules. Le plus volumineux a 11 millim. de diamètre et renferme un œuf. D'une manière générale, les follicules sont moins nombreux que chez les personnes de cet âge. A gauche il y a une cicatrice volumineuse et un corps jaune récent mesurant 6 millim., le tissu en est plissé et contenait un reste de caillot. (Werth, *Arch. f. Gyn.*, t. XII, p. 132, avec un dessin.)

L'existence d'une anomalie des organes de la génération qui a été relevée dans 33 cas sur 54, si elle favorise l'ectopie inguinale, n'en est pas cependant la vraie cause : celle-ci provient d'un mouvement de descente des ovaires exagéré, ayant de nombreuses analogies avec la migration des testicules. Sauf erreur, le ligament rond en serait l'agent essentiel. Les fibres musculaires lisses, les éléments à fibres transversales provenus des muscles abdominaux qui forment celui-ci, agissent dans ces cas à la façon du *gubernaculum testis* et entraînent à leur suite l'ovaire, la trompe et parfois même l'utérus. Le canal de Nuck qui, du quatrième au sixième mois de la vie intra-utérine, a son maximum d'étendue, loge ces organes et la descente se complète moins par la contraction des éléments mus-

culaires du ligament rond que par un raccourcissement de ceux-ci, en tout analogue à celui qu'éprouve le tissu cellulaire dans les contrées récentes.

Telle serait du moins, d'après mes recherches, la genèse des ectopies de l'ovaire, mais suivant que l'action se ferait d'un seul ou des deux côtés, on aurait une hernie simple ou double.

La hernie double est fréquente dans l'absence de l'utérus et l'hermaphrodisme, mais cependant elle est loin d'être constante puisqu'elle a fait défaut neuf fois. Dans huit cas, au contraire, la hernie était double, bien que les organes génitaux fussent normalement conformés. Bref, il existe vingt-huit exemples de hernie double.

Quant aux hernies unilatérales, elles sont plus fréquentes à gauche qu'à droite. Cette prédilection singulière paraît devoir s'expliquer par le moindre volume de l'organe de ce côté, par la précocité de sa descente concordant avec l'époque du maximum de capacité du canal de Nuck.

A l'égard du contenu, l'ovaire est invariablement accompagné de la trompe, tandis que dans les hernies accidentelles, il se trouve habituellement à l'état d'isolement. On a encore relevé dans le sac herniaire la présence de l'utérus ou de la corne correspondante (6 fois), celle de l'intestin (3 fois), et celle de l'épiploon (2 fois).

Les hernies *accidentelles* ou acquises, toujours unilatérales, et se montrant plus souvent à droite qu'à gauche, ont pour origine invariable des efforts musculaires du côté de la hernie. Elles surviennent avec la plus grande facilité après les couches, quand il existait antérieurement une hernie intestinale ou épiploïque. Le cas publié par Loper (*Mon. f. Geburtsk*, 1866, t. XXVIII, p. 453) peut être cité à titre d'exemple, et la troisième observation d'English doit rigoureusement être interprétée de la même façon (production traumatique d'une hernie au troisième mois de la grossesse; pendant les couches, apparition de l'ovaire dans le sac herniaire). On comprend, en effet, qu'alors qu'il existe un sac herniaire plus ou moins ancien, l'ovaire puisse dans ces conditions se substituer à une anse

intestinale. Cette hypothèse n'a du moins rien d'invraisemblable, et tout autorise à admettre que le phénomène a dû se produire plusieurs fois.

B. *Hernie crurale de l'ovaire.* — Cette variété n'est signalée que dans quatorze observations, mais cependant je n'oserais affirmer qu'il n'en existe davantage. A l'encontre de la variété précédente, elle est toujours d'origine accidentelle. Cependant. Cloquet, sur une fille nouvellement née, a constaté une hernie crurale du côté droit dans laquelle était contenu l'utérus avec les ovaires et les trompes. Le dessin en a, du reste, été donné dans l'Atlas de Boivin et Dugès (pl. XI, fig. 3). Dans le cas recueilli par Murat, sur une vieille femme de la Salpêtrière, il y avait en plus une portion du vagin et une quantité considérable d'épiploon. (*Dict. des Sc. méd.*, t. XXXIX, p. 35.)

Cette variété n'est jamais double et siége indifféremment à droite comme à gauche.

C. *Hernie ischiatique ou dorsale.* — Papen de Gottingue (Haller, *Disp. chir. select.*, t. III, p. 313), et Camper (*De pelvi*, cap. VI, p. 17) sont les seuls à avoir rencontré l'ovaire dans cette région.

D. *Hernie ombilicale.* — Dans le fait cité en dernier lieu, tandis que l'ovaire droit était sorti par l'échancrure ischiatique, le gauche faisait hernie par l'anneau ombilical. C'est le seul cas jusqu'à présent connu de cette variété.

E. *Hernie ovalaire.* — Kiwisch (*Klin. Vortr.*, t. II, p. 39) a rencontré une fois cette variété.

Enfin, on a décrit encore sous le nom de hernie ventrale les cas dans lesquels l'ovaire était sorti par l'abdomen, à la suite d'une plaie ou d'une opération césarienne, mais d'après ma manière de voir, ce sont là de véritables déplacements. J'en dirai de même de la hernie ovario-vaginale, sur laquelle

C. R. Braun a écrit un mémoire intéressant (*Wien. med. Wochenschr.*, 1859, n°s 48-51).

D'après ce qui précède, les variétés de hernie ovarienne ne manquent pas, mais l'inguinale et la crurale sont les seules qu'il importe de connaître et d'étudier soigneusement.

Enfin, quels que soient le siége et l'origine de la hernie, l'ovaire ainsi fourvoyé est exposé à de fréquentes lésions dont la principale est sans contredit l'inflammation. Cette complication qui a mis quelquefois sur la voie du diagnostic, a été notée vingt-huit fois. Dans d'autres cas, on a relevé des lésions d'un autre ordre : ainsi, la dégénérescence kystique a été rencontrée sept fois; la dégénérescence cancéreuse, deux fois, et la dégénérescence tuberculeuse, une fois. A ces faits, on peut encore ajouter celui relaté par Sonnenburg, et dont la *Revue des sciences médicales* (1876, t. VIII, p. 623) a donné un court extrait. L'ovaire droit hernié, dans la région crurale, s'était transformé en un adénome kystique. La tumeur datant de dix-huit mois, était le siége de douleurs qui se montraient par intervalle aux époques menstruelles. Lücke, qui avait diagnostiqué un lipome, en fit l'extirpation avec plein succès.

III

Les hernies de l'ovaire se traduisent par des symptômes variés suivant l'âge du sujet, le siége et la nature de la hernie, la manière d'être de l'organe et les complications diverses qui peuvent venir s'y ajouter; mais quel que soit le cas, la phénoménalité est vague, indécise dans l'expression et réclame une analyse délicate pour acquérir sa véritable signification.

Pendant l'enfance, en particulier, l'effacement des symptômes est au maximum. Les seuls indices se réduisent à la constatation de la tumeur, mais celle-ci a alors des caractères si peu accusés que je me demande encore aujourd'hui si le

diagnostic inscrit en tête de l'observation suivante est suffisamment légitimé.

OBS. III. — *Ectopie inguinale de l'ovaire gauche constatée chez une enfant de 13 jours.*

Le 20 septembre 1870, il a été porté à ma consultation une fille âgée de 13 jours, laquelle présente une petite tumeur dans la région inguinale gauche. Cette tumeur solide, rénitente, mobile et susceptible de réduction, m'a longtemps embarrassé. En tout cas, ce n'est point l'intestin, puisqu'elle est solide et se réduit sans gargouillement; ce n'est point une glande, vu sa réduction par le taxis; ce n'est pas davantage l'épiploon, car chez les enfants de cet âge il ne descend pas assez bas pour être à même de s'engager dans l'anneau inguinal. C'est donc, suivant toute vraisemblance, l'ovaire dont le corps solide offre la forme en languette et rappelle le volume.

Quoi qu'il en soit, grâce à l'application d'un bandage inguinal ordinaire, la tumeur a été maintenue et n'est plus sortie comme elle faisait auparavant sous l'influence des cris prolongés. Le 18 octobre 1871, alors que j'ai vu cette enfant pour la dernière fois, il ne restait plus trace de la tumeur.

La réduction assez facilement obtenue dans ce cas, n'est pas cependant un caractère propre à l'enfance; si elle était possible chez la fille de 10 ans, observée par mon maître et ami M. le professeur Courty (hernie inguinale droite), elle faisait défaut chez l'enfant de 4 ans, dont Rizzoli a relaté l'histoire (*Clinique chir. tr. Andreini*, Paris, 1872, p. 331). Chez cette soi-disant hermaphrodite, chaque canal inguinal contenait un petit corps mobile, sensible à la pression, à surface rugueuse, ovoïde, du volume d'un haricot ordinaire, dont le pédicule long d'environ 1 centimètre pénétrait dans la cavité abdominale par l'orifice inguinal un peu rétréci. Pour en obtenir la réduction, il fallut, avec l'index, forcer successivement les deux ouvertures inguinales internes. Sur une fille de 10 ans, observée par Balley (*Thèses de Paris*, 1854, p. 28), la tumeur était excessi-

vement douloureuse, même à la plus légère pression, et la douleur se propageait dans tout le bassin. Enfin, dans le cas de Guersant, l'apparence et la sensibilité de l'ovaire se rapprochaient de celles du testicule.

Après la puberté, la sensibilité devient encore plus marquée, en même temps que la symptomatologie acquiert une précision moins sujette à contestation. Le développement des organes génitaux, et en particulier des ovaires, fournit au praticien des données d'une extrême importance.

Quoi qu'on en ait dit, la sensibilité de l'ovaire est, à l'état hygide, exquise et elle n'a pu être mise en doute, que faute d'y avoir regardé. Dans certains cas d'ectopie de l'ovaire, la pression de cet organe donne *une sensation spéciale, douloureuse et voluptueuse tout à la fois.* Chez un hermaphrodite féminin, remarquable par la parfaite régularité des menstrues, Coste a noté une douleur à la pression qu'il a regardée à tort, suivant moi, comme caractéristique du testicule (*Journ. des conn. méd. chir.*, 1834, t. III, p. 276). Dans un cas à peu près analogue, recueilli par Debout (Le Fort, *Des vices de confor. de l'utérus et du vagin,* 1863, p. 203), l'ovaire descendu dans la grande lèvre gauche avait la consistance mollasse des organes glandulaires, *une pression même légère y détermine de la douleur.* Cette sensibilité exagérée, si l'on veut, mais véritablement physiologique, disparaissait avec la cause provocatrice et ne peut être expliquée que par l'hypothèse d'une congestion instantanée, en quelque sorte électrique, produite par l'effet de la pression La même explication est de mise à l'égard de la turgescence, de la sorte d'érection développée par les premiers frottements des doigts sur la cuisinière, observée par M. Loumaigne. « Sous l'influence des tentatives de taxis, l'organe, écrit-il, de flasque et d'inégal, devenait plus dense et plus uni à sa surface : on eût dit une sorte de priapisme amené par le toucher.» On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, toute l'importance d'un semblable symptôme. Par malheur, il n'est pas constant, car l'atrophie de l'organe et les autres altérations

dont il est parfois le siége peuvent diminuer la sensibilité ou même la faire disparaître absolument.

La sensibilité s'exagère surtout aux époques menstruelles. Au moment de l'hémorrhagie, surtout si l'ovaire hernié se trouve être le siége de la fluxion et de la congestion qui précèdent la rupture de la vésicule de de Graaf, l'organe subit en même temps une augmentation de volume qui a été notée dans seize observations. Le nombre restreint de ces témoignages n'implique pas la rareté absolue de ce *phénomène physiologique*, mais tient bien plutôt à la négligence avec laquelle la plupart des faits sont relatés, et de l'autre à l'état d'atrophie ou de maladie, dans lequel se trouvent bon nombre de ces ovaires. Cette turgescence habituellement en relation étroite avec l'hémorrhagie peut, mais plus rarement, se présenter en dehors d'elle. Oldham, Lipthay, Holmes Coote, Jaquet, Lamm et Werth (Obs. II) l'ont constatée avec l'absence ou l'état embryonnaire de l'utérus, et ont ainsi fourni une nouvelle preuve de cette augmentation physiologique. Enfin, la coïncidence de l'étranglement avec l'apparition des règles est encore un témoignage de ce fait.

A l'état de simplicité, c'est-à-dire lorsque l'ovaire et la trompe restés sains existent seuls dans le sac, les hernies inguinales ont généralement la forme d'une petite poire, tandis que les hernies crurales ont communément une forme simplement arrondie. Les unes et les autres donnent un son mat à la percussion, se réduisent difficilement, rarement d'elles-mêmes et toujours sans gargouillement; du reste, les hernies congéniales sont exceptionnellement réductibles, tandis que les hernies acquises sont constamment réductibles au moins dès le début. Quant au volume de la tumeur, il oscille depuis un œuf de pigeon jusqu'à celui d'un œuf de canard, mais naturellement il est plus considérable quand une vésicule de de Graaf a été le point de départ d'un kyste.

DE L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL PAR LES VOIES NATURELLES SUBSTITUÉ A L'OPÉRATION CÉSARIENNE *POST MORTEM.*

Par le Dr A. Thévenot.

(Suite) (1).

II

DE L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL APRÈS LA MORT, LORSQUE LE TRAVAIL EST AU DÉBUT OU N'EST PAS COMMENCÉ. DE LA MORT APPARENTE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

L'idée de dilater rapidement le canal cervical chez les femmes qui meurent en état de grossesse avancée, même avant le début du travail, et de terminer en quelques instants l'accouchement comme si l'orifice était dilaté, appartient à plusieurs.

Il paraît certain que, dès 1823, Duparcque en fit le sujet d'une communication à la Société de médecine du département de la Seine. Plus tard, en 1832, Heyman conseillait dans ces cas l'accouchement forcé, à l'exclusion de l'opération césarienne. Mais il est hors de toute contestation que c'est à Rizzoli que revient le mérite d'avoir démontré que non-seulement cette opération est praticable, mais que le plus souvent elle est presque aussi facile et aussi rapide que lorsque le col est dilaté; qu'elle n'est pas beaucoup plus dangereuse pour l'enfant, pas plus dangereuse pour la mère, dont les parties molles ne présentent que les lésions de l'accouchement physiologique.

Rizzoli a le mérite d'avoir fait accepter cette méthode par ses

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, nº d'octobre 1878.

collègues et ses élèves, de l'avoir fait entrer définitivement dans la pratique. Duparcque lui-même l'a reconnu implicitement lorsqu'il a dit : « Il est nécessaire d'observer les règles prescrites par l'école de Bologne, ainsi que les enseignements de M. Rizzoli, lorsqu'on veut délivrer les femmes qui sont sur le point de mourir ou qui sont déjà mortes. »

Voici comment Rizzoli fut amené à conseiller cette pratique dans tous les cas : « J'étais (1) encore interne à l'hôpital du Ricovero lorsque, le matin du 22 février 1833, je fus appelé par mon ami le Dr Rivani, pour faire l'opération césarienne chez une femme de 40 ans, enceinte de neuf mois, qui venait de mourir subitement d'une orthopnée. Arrivés sur les lieux, nous constatâmes qu'il n'y avait plus aucun signe de vie, et que l'utérus ne manifestait aucun symptôme de travail. Dans ce cas, la science conseille l'opération, et la loi l'exige dans le but de sauver la vie du fœtus s'il est encore vivant.

« Je dois avouer que j'hésitai un peu avant de commencer l'opération, et qu'en la pratiquant j'éprouvai une angoisse et une horreur profondes, en songeant que la mort de cette femme pouvait n'être qu'apparente, ainsi qu'il est arrivé dans quelques cas heureusement fort rares.

Le fœtus était mort, et je restai convaincu qu'il en était de même de la mère; malgré cela, j'accomplis l'opération avec l'exactitude la plus scrupuleuse. J'appliquai un pansement régulier et je rentrai à Bologne, l'esprit encore troublé par la triste impression qui s'était emparée de moi.

En réfléchissant ensuite sur ce cas lugubre et sur la circonstance que la science ne possède pas les signes certains de la réalité d'une mort subite, il me parut qu'il n'était pas toujours prudent de pratiquer l'opération césarienne, et que, dans ce cas particulier, il aurait mieux valu, alors même que le travail

---

(1) *De l'accouchement artificiel instantané par les voies naturelles, en remplacement de l'opération césarienne chez les femmes mourantes ou décédées dans un état de grossesse avancée.* Clinique chirurgicale, trad. Andreini, p. 575.

d'accouchement n'eût pas commencé avant la mort de la mère, pénétrer peu à peu avec la main dans l'orifice externe du col de la matrice et le débrider au cas de besoin, pour accomplir promptement l'accouchement podalique ou pour appliquer le forceps sans même déchirer la poche des eaux, afin d'être plus sûr de ne pas blesser le fœtus. Cela me paraissait d'autant plus rationnel qu'on ne fait pas autrement lorsqu'une femme enceinte et non encore en travail d'accouchement est atteinte de métrorrhagie grave, que l'on ne peut arrêter que par l'accouchement artificiel immédiat.

J'étais encore préoccupé de ces pensées lorsque, le jour même, je fus prévenu que le Parquet avait ordonné l'autopsie de la femme en question et en avait chargé le Dr Barbieri, mon ami, et un autre médecin, mon ennemi déclaré.

Ce dernier, arrivé avec ses collègues près du lit où se trouvait le cadavre, se tourna vers le mari avec un air de compassion et lui dit : « Pauvre homme! votre femme n'était pas morte encore lorsqu'on lui a ouvert le ventre; c'est Rizzoli qui l'a finie en l'opérant. Il est donc inutile d'en faire l'autopsie. Le mari resta, comme on peut le croire, terrifié; ce ne fut qu'après les explications fournies par le Dr Rivani, qui avait été présent à l'opération, qu'il se calma. Le Dr Barbieri, surmontant la résistance de ses collègues, voulut procéder à l'ouverture du cadavre, et l'on put constater que la femme était morte par suite de la rupture d'une anévrysme de l'aorte thoracique.

Informé par les confrères Rivani et Barbieri de tout ce qui s'était passé, je lui déclarai qu'à l'avenir de pareils circonstances venant à se produire, je saurais éviter à mes amis et à moi-même des scènes aussi pénibles. Je leur confiai alors que j'avais déjà songé à substituer à l'opération césarienne, toutes les fois qu'un obstacle insurmontable ne s'y opposerait pas, l'accouchement artificiel par les voies naturelles, ainsi qu'on le pratique en quelques cas graves chez la femme vivante. Les raisons sur lesquelles j'appuyai ma manière de voir leur parurent si concluantes, que le Dr Rivani lui-même pratiqua bien-

tôt l'opération que je projetais et que je rapporterai tout à l'heure. »

Rizzoli, quoique très-jeune alors, sut faire croire en lui; ses amis d'abord, plus tard ses élèves, acceptèrent cette idée, si bien que les accoucheurs qui sortaient de l'école de Bologne ne perdaient pas une occasion de tenter l'accouchement par les voies naturelles.

Les faits se multiplièrent, et une fois nombreux, Verandini et Belluzzi en Italie, Janssens en Belgique, se mirent à les faire connaître.

C'est Rizzoli qui le premier a formulé nettement l'idée de substituer toujours cette méthode à l'opération césarienne *post mortem;* ce sont les médecins italiens qui l'ont mise en pratique d'une façon suivie, et qui ont publié le plus grand nombre de faits. Ce sont leurs écrits, leurs polémiques qui l'ont vulgarisée.

Les médecins italiens ont fait cette méthode *leur*, et il serait injuste de ne pas lui laisser le nom de *méthode italienne* ou de *méthode de Rizzoli.*

Ce juste tribut d'éloges payé, qu'il nous soit permis de regretter qu'on n'ait pas apporté toujours dans la rédaction des faits tout le soin et toute la précision désirables.

Quelques-uns même sont d'une concision telle qu'ils échappent à toute analyse comme à toute critique :

Rizzoli, 1834. — Chez une phthisique enceinte de 7 mois, il trouva l'orifice du diamètre d'une pièce de dix centimes. Immédiatement après la mort, il introduisit successivement les cinq doigts, déchira les membranes et put extraire, par les pieds, un fœtus mort depuis plusieurs jours.

Il semble bien qu'il y avait eu commencement de travail et que le col était effacé.

Dans le fait suivant, l'état du col n'est pas même indiqué, et on ne nous dit rien de l'enfant, qui sans doute était mort.

En 1851, le professeur Rizzoli, à l'hôpital du Ricovero, de Bolo-

gne, pratiqua la même manœuvre chez une femme de 29 ans (Anna Lelli), au sixième mois de la grossesse. C'était une primipare morte de tubercules pulmonaires. *Grâce à des incisions*, il put introduire facilement la main et extraire, avec douceur, le fœtus par les pieds.

Cette absence des détails les plus importants est plus saillante encore ici :

En 1855, dit Rizzoli, notre ville fut ravagée par le choléra, j'ai pu avec plusieurs autres accoucheurs, largement apprécier les avantages de ma méthode, en réussissant non-seulement à retirer ainsi les fœtus de la matrice des femmes enceintes, mais à es retirer vivants.

Il nous intéresserait beaucoup de savoir combien de femmes on accoucha ainsi; si le travail était à peine commencé ou très-avancé; combien de temps dura l'opération; combien d'enfants furent retirés vivants; combien de temps ils vécurent. C'était d'autant plus intéressant que dans le choléra l'altération du sang est si profonde que le plus souvent l'enfant doit mourir avant la mère.

Les faits suivants ne sont guère plus précis :

Léopold Golinelli, 1861. — Clémentine Tioli, morte d'hémorrhagie cérébrale à l'hôpital de Bologne, à 5 mois de grossesse. L'accouchement forcé fut pratiqué par l'interne Léopold Golinelli, qui put extraire le fœtus avec une facilité et une rapidité extrêmes. L'enfant venait de mourir, car Golinelli trouva les bruits du cœur au moment de la mort. A l'autopsie, l'utérus, le vagin, les parties génitales externes, ne présentaient pas trace de lésions.

Antonio Capuri, Cesare Busi, Edouardo Vechietti (1863) purent, à l'hôpital provincial, extraire vivant et avec la plus grande facilité, chez une femme morte d'une maladie de cœur, un fœtus de 6 mois, qu'on put baptiser. L'utérus, le vagin, les organes génitaux externes, furent trouvés totalement sains à l'autopsie.

Belluzi n'est pas plus explicite :

Cerioli Jiulia, morte de pneumonie, à 6 mois de grossesse. Le

mari permettait l'extraction, par les voies naturelles, pour baptiser l'enfant; il n'aurait pas permis l'opération césarienne. L'extraction amena un fœtus mort depuis plusieurs jours.

Je vois que d'Amato, en pratiquant l'accouchement forcé, trouva le col en état de rigidité. Il exécuta plusieurs débridements pour appliquer le forceps sur la tête du fœtus, et il l'amena vivant par ce procédé. Il ne m'a pas été possible de trouver l'observation de d'Amato.

Dans l'observation suivante, due à Otterbourg (et qui peut-être eût été mieux à sa place dans l'étude de *l'accouchement artificiel post mortem lorsque le col est dilaté*) le travail était avancé, le col effacé, la dilatation commencée, la poche des eaux rompues; mais Otterbourg ne dit pas à quel degré était la dilatation, ni si l'orifice fut facilement dilatable.

Otterbourg (1). — Mme X..., âgée de 22 ans, dont j'avais soigné l'enfance, arriva au terme d'une grossesse régulière, sans accidents autres que ceux que l'on observe journellement. Les premières douleurs se manifestèrent vers 5 heures du matin, d'abord lentement, après des intervalles assez longs, puis avec plus d'intensité, mais avec une grande régularité. Vers 9 heures, un léger vomissement survint qui aida la dilatation, sans la provoquer complétement. La poche des eaux se rompit spontanément, laissant écouler peu de liquide, et sans changer ni entraver la marche régulière du travail. La tête se présentait dans la position occipito-iliaque gauche antérieure.

Vers midi, tout à coup, tandis que j'étais en face du lit de la malade sans intervention aucune, elle fut prise pendant une douleur modérée d'une attaque d'éclampsie apoplectique (apoplexie puerpérale). En vain, j'employai tout ce que la science enseigne en pareil cas, frictions, lotions, stimulants, et deux saignées du bras, sans résultat. Cette mort instantanée était le résultat d'une attaque unique, sans signes précurseurs, au milieu du calme le plus parfait. L'auscultation faite à plusieurs reprises, m'ayant démontré que les batte-

(1) *A propos de l'opération césarienne après la mort*, par le Dr Otterbourg. *Revue médicale*, 31 août 1861.

ments du cœur du fœtus s'affaiblissaient, *je complétai la dilatation du col* avec les mêmes précautions que si la mère fut vivante; j'appliquai le forceps et j'amenai un enfant du sexe masculin, qui, d'abord dans un état d'asphyxie, finit par revenir à la vie grâce à mes soins.

Cet enfant me rappelle un souvenir plein de tristesse, et un sujet de satisfaction morale pour notre art, car je peux dire que sans mon intervention, il n'existerait pas aujourd'hui.

La seule observation d'accouchement artificiel *post mortem*, au début du travail rapportée avec une précision suffisante est due à Hyernaux. La voici dans les détails qu'il nous importe de connaître :

Hyernaux, 1869. — Mme Van W..., 39 ans, huitième mois de grossesse. Primipare. Contrefaite, mais avec un bassin régulièrement conformé.

Le 4 mai, elle est prise d'un malaise général indéfinissable. A 10 heures du soir, premier accès d'éclampsie; 20 minutes après, deuxième accès.

L'examen de l'utérus permet de constater que le corps se contracte légèrement par intervalle; le col dirigé à gauche et en arrière est long de un demi-centimètre environ, et son orifice permet à peine l'introduction de la pulpe de l'index.

Hyernaux ne perçoit pas les bruits du cœur du fœtus. Il se demande s'il ne fera pas immédiatement l'accouchement forcé. Le souvenir d'un cas analogue, et terminé heureusement il y a quelques semaines, le fait hésiter.

La malade meurt subitement, quelques instants après, pendant que l'accoucheur est allé chercher des instruments.

A son retour, Hyernaux trouve le col utérin dans le même état; il y enfonce l'index, puis une pince à polype qui sert à le dilater : en ce moment, les membranes amniotiques se rompent et les eaux s'écoulent fortement chargées de méconium. La tête se présente, il applique le forceps et extrait promptement l'enfant qui ne donnait plus aucun signe de vie. Toute la manœuvre, montre sous les yeux, a duré trois minutes.

A ces faits je pourrais joindre ceux d'accouchements artificiels

pendant l'agonie, dont j'ai pu réunir une quinzaine, quelques-uns avec des détails suffisants. Mais il m'a paru que ces faits forment un groupe qui doit être étudié à part. Les conditions sont en effet tout autres : la rapidité d'exécution n'a plus la même importance, il est au contraire prudent d'agir avec une certaine lenteur, et dans quelques cas on a pu recourir aux procédés ordinaires de l'accouchement provoqué prématurément; enfin, on a beaucoup plus de chances d'extraire l'enfant vivant.

Laissant de côté l'accouchement artificiel pendant l'agonie, il nous reste à examiner la très-grave question de la mort apparente chez les femmes grosses, puisque c'est elle qui a fait abandonner l'opération césarienne *post mortem* par un grand nombre d'accoucheurs.

La mort apparente, rare chez l'homme, l'est moins chez la femme, elle l'est moins encore pendant la gestation.

Les recueils scientifiques nous fournissent à cet égard quelques observations d'un grand intérêt et dont nous pouvons tirer un double enseignement.

Nous pourrons en les examinant continuer à étudier quelle est la gravité de l'accouchement forcé pour la mère et pour l'enfant; nous aurons surtout à leur demander si dans l'état actuel de la science l'accoucheur pourra toujours distinguer la mort réelle de la mort apparente.

Guillemeau (1) recommandait que : « premièrement, devant que de venir à cette opération, il faut que le chirurgien obtienne diligemment et soit asseuré que la mère est morte, et que les parents et amis et autres assistants, confirment et jugent tous que son âme soit partie en l'autre monde. »

Sommes-nous beaucoup plus assurés de la réalité de la mort qu'au temps de Guillemeau, et l'accoucheur ne pourrait-il pas tout aussi bien invoquer le témoignage des parents, amis et autres assistants? C'est ce que nous verrons.

Inutile d'ajouter que nous avons laissé de côté les faits fabu-

(1) Les œuvres de chirurgie de Jacques Guillemeau, MDCXLIX. *L'heureux accouchement*, p. 347.

leux qui abondent dans les embryologistes sacrés. Nous n'avons pris que des faits qui paraissent authentiques :

Peu (1). — Je n'ai jamais voulu l'entreprendre (l'opération césarienne) sur un corps vivant. Je vous dirai ingénûment qu'au commencement que je pratiquais, il m'arriva d'être mandé à la porte Saint-Martin, pour la faire chez une jeune femme, grosse à terme, d'un puissant enfant. Un nombre de voisines que j'y trouvai, m'en pressèrent fort, m'assurant qu'elle était expirée. Je le crus aussi comme elles. Car lui ayant fait mettre un miroir sur le visage, il n'y parut aucun souffle de vie, et déjà, je n'avais *nul mouvement sur la région du cœur*, y ayant porté la main pour m'en assurer. Mais soit que la distance qui se trouve d'ordinaire en l'agonie entre les soupirs ou les mouvements de diastole et de systole, aida à me tromper en ce moment terrible, soit que Dieu permit que je les crus ainsi trop aisément pour m'apprendre à ne donner pas une autre fois tête baissée dans la volonté de tels gens, sous un prétexte de charité mal concerté; il est certain que portant l'instrument pour faire mon incision, cette femme fit un tressaillement accompagné de grincements de dents et de remuement des lèvres, dont j'eus une si grande frayeur, que je pris, dès lors, la résolution de ne l'entreprendre jamais qu'à coup sûr.

Van Swieten (2). — Je me souviens d'avoir été appelé pour une femme grosse d'environ 3 mois, si épuisée dans l'espace de 5 heures par de subites et très-copieuses évacuations, occasionnées par un débordement de bile considérable, qu'elle tomba en *convulsions* et ensuite dans une véritable syncope, de sorte que les assistants la croyaient morte lorsque j'arrivai. Je lui fis frotter les extrémités avec des linges chauds, j'appliquai prudemment au nez et à la langue des remèdes spiritueux stimulants qui, pendant un quart d'heure, ne produisirent aucun effet. Les amis de cette femme étaient presque indignés de me voir ainsi tourmenter un cadavre. Je continuai cependant et, quelques minutes après, j'aperçus un petit mouvement aux carotides; elle remua les paupières, gémit, et revint peu à peu à

---

(1) Peu. *La pratique des accouchements*. MDCXCIV, p. 333.

(2) Aphorismes de chirurgie d'Hermann. Boerhaave commenté par Van Swieten. *De l'accouchement difficile*. T. VII, p. 322.

elle; son corps épuisé fut restauré par de bons aliments. Elle accoucha le septième mois d'un enfant vivant, qui vécut peu de jours.

Rigaudeaux 1745 (Voir *Ann. gyn.*, octobre 1878, p. 260), tâta le pouls sur le cœur et au-dessus des clavicules sans apercevoir aucun mouvement dans les artères.

La femme était *tombée plus de dix fois pendant la nuit en faiblesse et en convulsions*. Vers six heures, *nouvelle convulsion avec écume à la bouche*, qui avait été suivie de mort.

Louis, 1752. — Une jeune femme en couche, fuyant l'Hôtel-Dieu où régnait une épidémie, vint à pied chercher un asile à l'hôpital de la Salpêtrière. Tombée deux fois en syncope pendant le chemin, elle éprouva le même accident à son arrivée : regardée comme morte, elle fut transportée à la salle des morts. Quelque temps après, un élève ayant entendu des gémissements, vint en prévenir Louis, qui trouva cette femme réellement morte, mais acquit la certitude qu'elle avait fait des efforts pour sortir du linceuil dans lequel elle était enveloppée; elle avait une jambe par terre hors du brancard, et un bras appuyé sur la barre du tréteau de la table de dissection, à côté de laquelle elle avait été placée.

Bodin (1) rapporte à la fin de son *Essai sur les accouchements*, l'observation suivante :

Observation d'une opération césarienne faite avec succès.

La femme Gauthier, du village de la Janverie, commune de Mortant, département de Loir-et-Cher, étant dans les douleurs d'une grossesse à terme, tomba dans un tel état que le nommé Pénard, chirurgien à Cangey, la croyant morte, lui ouvrit le ventre et la matrice avec un rasoir, et sans trop de précautions, pour sauver la vie de l'enfant. L'effusion du sang, la douleur de l'opération rappelèrent cette malheureuse à la vie. Elle poussa un soupir et dit, *que vous me faites mal!* au moment où ce chirurgien s'efforçait d'enfoncer une aiguille dans un des bords de la plaie, pour contenir les entrailles

(1) P.-J.-F. Bodin, chirurgien, membre du Corps Législatif. *Essai sur les accouchement*. Paris, an 5 de la République.

dans l'abdomen par un point de suture. Surpris et autant effrayé de ces paroles que de l'opération qu'il venait de faire, et qu'il n'aurait jamais entrepris sur une femme vivante, il s'enfuit. Il fallut retourner chez lui, l'assurer que la femme Gauthier n'était pas morte et qu'elle le priait de venir la recoudre, pour l'y déterminer. Un frère qu'il avait à Limeray, et un peu moins ignorant que lui, dirigea la cure; elle guérit et vivait encore en septembre 1792.

Baudelocque (1). — Un médecin très-connu nous a communiqué un autre fait de la même espèce, qui ne date que de la fin de l'an VI. Un chirurgien du voisinage de la ville qu'il habite, ouvrit aussi le ventre de la femme avec des ciseaux; l'enfant présenta aussitôt un des pieds à la plaie de la matrice, et fut expulsé par la voie naturelle, avant qu'on eût achevé d'ouvrir entièrement ce viscère. La femme était complétement guérie au bout de deux mois.

Trinchinetti (2) rapporte qu'une femme en travail, tomba en syncope à cause de la violence des douleurs. Un chirurgien peu expérimenté fit l'opération césarienne. Pendant l'opération les artères de l'utérus dardaient des jets de sang. La patiente en perdit la vie.

Reinhardt (3) cite le fait d'une femme qui revint à elle au moment où on faisait l'incision des téguments et qui plus tard aurait accouché heureusement.

Dans le *Journal de chirurgie* de Sédillot (4), on lit que Poumel ouvrit avec un rasoir le ventre et la matrice d'une femme en état de mort apparente, qu'il en retira l'enfant, mais à ce moment la femme se prit à gémir, et l'opérateur prit la fuite : ce ne fut qu'à grand'peine qu'on put le décider à revenir auprès de son opérée dont il recousit l'abdomen. La femme guérit et en fut quitte pour une hernie ventrale.

D'Outrepont (5). — Une femme à terme, d'une santé habituelle-

(1) Baudelocque. *L'art des accouchements*. 7e édition, t. II, p. 406.

(2) *Journal général*, t. LXIX, p. 110.

(3) Reinhardt. *Der Kaiserschmit on Todten*, 1829, p. 22.

(4) Münch. Thèse inaugurale, p. 32.

(5) Münch. Thèse inaugurale, p. 32. Observation tirée de *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, t. XIII, 1843.

ment bonne, est prise de frissons suivis de chaleur, et reste sept heures dans un état comateux. Elle en est tirée par des émissions sanguines, des sinapismes, des applications froides. Le lendemain et le jour suivant, elle se trouve assez bien et n'a qu'une fièvre modérée. Le troisième jour, après avoir râlé quelque temps, elle tombe dans un état que l'on pourrait prendre pour la mort. Extrémités froides, sphincters paralysés; pas de trace de pouls et de *battements* de cœur, pas de respiration; le regard éteint, vitreux, la cornée trouble comme affaissée; la face cadavérique; toutes les parties du corps étaient insensibles aux plus fortes excitations. Les mouvements du fœtus étaient sensibles et visibles. Après avoir mis en usage pendant trois quarts d'heure, tous les moyens pour la rappeler à la vie, D'Outrepont s'éloigna pour aller chercher l'appareil nécessaire à l'opération césarienne.

Comme il revenait au bout d'une demi-heure, le mari vint lui dire que sa femme était sortie de cet état en poussant un profond soupir. La femme se remit complétement, accoucha à terme d'un garçon, et tous deux se trouvèrent dans un bon état de santé quelque temps après.

Otterbourg (1). — Une sage-femme allemande assistée de M. le Dr Frogé, avaient passé un jour et une nuit auprès d'une femme de 30 ans, d'une santé débile; elle était épuisée par une hémorrhagie contre laquelle tous les moyens employés restèrent impuissants.

Elle s'affaiblissait de plus en plus, et pendant qu'on venait me chercher, elle avait, dit-on, rendu le dernier soupir. Cette femme était à la dernière quinzaine d'une grossesse régulière; l'enfant donnait tous les signes de la vie fœtale et remuait encore quelques heures avant. Je trouvai la femme dans une situation telle, que l'idée d'une mort apparente ne me vint pas à la pensée, pas plus qu'à mon confrère. La femme avait la pupille fixe, pas de pulsations perceptibles à la radiale; l'auscultation de la poitrine ne donnait que des signes négatifs, et il y avait de l'écume à la bouche.

L'auscultation me donna la certitude que l'enfant vivait. J'appliquai facilement le forceps, et jugez, messieurs, de notre surprise, en voyant à la première traction, la femme commencer à mouvoir ses

(1) *Revue médicale*, août 1861, p. 202. Communication à la Société de médecine de Paris.

bras et ses jambes. Son visage se colora, elle vomit et me força, par ses mouvements incoërcibles, de retirer mon instrument. Cette femme revint complétement à elle, et après l'emploi des toniques, elle accoucha d'une fille qui est actuellement vivante et en bonne santé.

Dans un de ces cas (D'Outrepont), la femme revint à elle au moment où on allait commencer l'opération césarienne.

Dans deux (Peu et Reinhardt), les femmes sortirent de leur léthargie à l'instant où l'on incisait les téguments.

Dans deux (Bodin, Sédillot), l'opération fut achevée. Les patientes ne revinrent à elle qu'au moment où on suturait la paroi. Les deux femmes guérirent.

Dans un (Trinchinetti). Le sang était pendant l'opération dardés par les artères de l'utérus sur le chirurgien, la femme en mourut.

Dans un (Baudelocque), au moment où le chirurgien ouvrait l'utérus, la femme accouchait par les voies naturelles. Elle n'en guérit pas moins.

Mais combien ces faits, le dernier surtout, donnent raison aux partisans de l'accouchement *post mortem* par les voies naturelles et comme ils mettent en pleine lumière toute la valeur de cette méthode dans les observations suivantes où les cinq femmes ont été sauvées et quatre enfants ont pu être extraits vivants :

Louis Goliñelli.	1843.
Rivani	1850.
Talinucci	1857.
Finizzio	1862.
Echassériau (de Lyon) .	(?)

Louis Golinelli, médecin cantonal de Gubio, 1843. — Le clocher d'une paroisse de Gubio sonnait le glas funèbre d'une jeune femme qu'on disait morte *d'éclampsie*, consécutive à d'autres symptômes de dystocie. On vint m'appeler pour faire l'opération césarienne, afin de baptiser le fœtus. Avant de faire pénétrer le bistouri dans le corps encore chaud de la pauvre femme, je voulus explorer le col de la

matrice, dans l'intention de retirer le fœtus par les voies naturelles, afin de l'avoir promptement vivant et en état de recevoir le baptême. Je me préparai donc à l'accouchement forcé. J'introduisis successivement les doigts, puis toute la main dans le col et dans la matrice; je déchirai les membranes, je saisis un pied et je retirai le fœtus vivant.

Pendant l'opération j'avais cru sentir une contraction légère de l'utérus et il me vint à l'esprit le soupçon que la femme n'était qu'en état de mort apparente; je rentrai ma main dans la matrice délivrée du fœtus et de ses enveloppes, je la chatouillai avec un doigt et j'acquis la certitude qu'elle se contractait réellement. Je prescrivis des frictions chaudes sur le ventre et aux extrémités, puis une sinapisation générale. Deux heures après mon opérée ouvrait les yeux; elle me reconnut et bientôt elle guérit. Le fœtus vécut quelque temps, mais il n'avait qu'un peu plus de 5 mois, et il était de faible constitution; il mourut. (Rizzoli. *Mémoire d'obstétrique*, p. 578, traduction Andreini.)

Rivani, 1860. Marie Vecchi, âgée de 25 ans et mariée depuis une année, était de bonne constitution, de tempérament lymphatico-nerveux, et ne présentait aucun vice de conformation. Elle se trouvait à terme de sa première grossesse, et, au dernier jour de septembre 1860, elle fut prise par des douleurs que l'on crut être celles de l'accouchement et qui la firent souffrir depuis l'aube jusqu'à la nuit. C'étaient des attaques *d'éclampsie*, qui devenant de plus en plus violentes, mirent la pauvre patiente à bout de force et de courage sur le bord de la tombe.

Lorsque j'allai voir cette malheureuse, les parents, le mari, les habitants du village la pleuraient comme morte; effectivement, elle était sans mouvements, couchée sur le dos, pâle, refroidie, sans pouls, sans battements cardiaques, sourde à la voix et aux cris des assistants, insensible. Cette scène funèbre ne me troubla point; sans perdre mon temps en recherches et en tentatives inutiles, encouragé par le souvenir de vos conseils, je me débarrassai de mes habits et, m'approchant du lit où se trouvait celle que moi-même je croyais déjà morte, je me mis à tenter l'opération de l'accouchement forcé. Elle ne fut pas difficile; la dilatation du col et la lacération de la poche des eaux faites, je pus saisir un pied et retirer le fœtus qui ne donnait pas signe de vie. La délivrance ne présenta pas plus de difficul-

tés. Les indications urgentes étaient ainsi accomplies ; cependant un sentiment intime me retenait à côté du lit et je posai même ma main sur la région du cœur que je frictionnai légèrement, en tenant les yeux fixés sur la pauvre femme qui était l'objet de mes soins. Après un temps qui me parut bien long, je surpris un mouvement, aussi rapide que l'éclair, des paupières et de la lèvre inférieure. Je renonce à dire qu'elle fut ma joie ; je ne pensai qu'à redoubler mes tentatives pour secourir la malheureuse, et avec un peu de vin généreux, des frictions et de la chaleur je la rappelai à la vie. (Lettre de Rivani à Rizzoli. Rizzoli. *Mémoires d'obstétrique*, p. 579.)

Talinucci, 1857. A la fin de l'année 1857 se présenta chez moi un homme qui, dans une grande agitation, me supplia de le suivre en toute hâte, pour voir une femme qu'il assurait être morte subitement. Je lui adressai quelques questions, sans arriver à comprendre la cause de cet accident. Il ne me restait qu'à le suivre, et après une longue route par un chemin écarté, il me conduisit à une demeure où je trouvai une femme étendue sur un petit lit, toute vêtue, couchée sur le dos, les bras écartés, ne donnant pas signe de vie. Je ne trouvai plus le pouls ni les battements du cœur, déjà la peau devenait froide et la physionomie cadavérique. Pendant que je faisais cet examen, le grand développement du ventre attira mon attention, et en le palpant, je reconnus à son développement, à sa forme, à sa consistance les signes d'une grossesse assez avancée. Je m'adressai à une femme, seule personne présente, et lui soumis mes doutes ; elle me répondit qu'en effet la malheureuse était enceinte et grosse de huit mois. Je recommençai en vain mes questions sur la cause de la mort, j'appris seulement que cette femme, quelques heures avant, avait été prise de vomissement avec *convulsions*, qu'elle perdit alors connaissance et était restée dans cet état. Sans plus tarder, et incertain s'il s'agissait d'une apoplexie ou d'une asphyxie, je saisis le bras et pratiquai une saignée, mais inutilement, le sang ne vint pas. Alors je m'occupai du fœtus, qui déjà avait huit mois, et il me parut nécessaire de faire immédiatement l'opération césarienne pour le soustraire à la mort si c'était possible ; mais je fus arrêté par les gens de la maison qui me révélèrent que la grossesse était illégitime, que la famille voulait éviter le déshonneur et pour cela s'opposait à ce qu'on laissât des traces suspectes sur le cadavre.

En cet état de choses, difficile pour moi, qui pensais à mes devoirs,

me rappelant ce que j'avais fait chez Maria Munni, je voulus essayer la même méthode, et si c'était possible satisfaire le désir des assistants qui ne voulaient pas qu'on laissât des traces apparentes de l'opération césarienne.

La femme placée sur le bord du lit, les cuisses fléchies sur le ventre, soutenues et écartées par deux aides, j'introduisis l'index de la main droite dans le vagin, je trouvai l'utérus très-bas, le col presque entièrement effacé, l'orifice fermé, mais ses bords si souples qu'il ne me fut pas difficile, par une légère pression, d'y introduire la pulpe du doigt explorateur, là, je sentis un corps solide et résistant, probablement la tête du fœtus; continuant cette manœuvre je pus faire pénétrer deux doigts en écartant, par une pression modérée, les bords de l'orifice, je pus rompre la poche des eaux et alors introduire la main. Trouvant manifestement la tête je voulus faire pénétrer mon bras pour aller à la recherche des pieds et faire évoluer le fœtus, je trouvai à cela une grande difficulté. Cependant je n'abandonnai pas la partie, et pendant cette manœuvre forcée, ayant jeté par hasard les yeux sur le visage de la femme, j'observai un mouvement de la lèvre inférieure qui attira mon attention; ne me rendant pas compte si ce mouvement venait d'un choc imprimé par la manœuvre ou si c'était un signe de vie; je continuai l'opération sans m'arrêter, je trouvai les pieds, fis évoluer le fœtus et je pus extraire un fœtus du sexe féminin, vivant et assez vigoureux.

L'accouchement forcé terminé et tandis que je replaçais la femme dans son lit, pressant peut-être le bras que j'avais saigné, à ma grande surprise je vis s'écouler du sang; ce fait s'ajoutant au mouvement des lèvres me fit croire à une mort apparente. Je ne me trompais pas, en faisant de fortes frictions, en comprimant le thorax, en insufflant de l'air dans la bouche au moyen d'une canule, en plaçant un flacon d'ammoniaque sous les narines, la physionomie commença à s'animer et j'eus le bonheur de la voir revenir à la vie. (Verardini. *Del parto forzato nelle*, etc., p. 31.)

Finizio, 1862..... J'ai eu depuis l'occasion de mettre le procédé en pratique dans un cas d'*éclampsie hystériforme*, survenue à la suite d'une vive frayeur chez une femme de 27 ans enceinte de huit mois environ, frayeur qui avait provoqué tous les symptômes d'une mort apparente.

Ce fait a vivement intéressé les élèves présents à ma clinique; la

mort apparente avait été constatée par trois de mes collègues qui voulaient à tout prix qu'on pratiquât la gastro-hystérotomie, sans tarder un seul moment, et cela parce qu'ils avaient entendu les battements du cœur de l'enfant.

L'autorité de l'illustre professeur Rizzoli, les discussions provoquées par Hatin, Kercaradec et autres, les affirmations positives contenues dans votre mémoire théorique et pratique, ne parvinrent pas à convaincre mes adversaires de l'erreur dans laquelle ils étaient tombés malgré eux ; ce ne fut que l'évidence des faits qui les contraignit à ouvrir les yeux et à se ranger à mon avis.

Ayant assumé la mission délicate de pratiquer l'accouchement forcé, en ma qualité d'opérateur choisi par la famille, je renonçai comme je l'ai dit à l'opération instrumentale que mes adversaires voulaient faire accepter, je me frayai une voie à l'intérieur du col utérin dilatable, mais non encore dilaté, et je rompis la poche des eaux, sans m'occuper de la présentation (occipito-antérieure gauche) qui aurait exigé l'application du forceps et de longues manœuvres, à cause de l'élévation de la tête au-dessus du détroit supérieur ; je pratiquai la version qui eut pour résultat d'amener un enfant masculin, vivant et viable, et de rappeler à la vie, à la grande surprise de tous les assistants, l'opérée, qui n'était pas morte ainsi que le croyaient mes collègues. (Lettre de Finizio à Verardini, traduite par Janssens.)

Echassériaux, de Lyon. ... On trouve dans plusieurs mémoires que le Dr Echassériaux, de Lyon, fit la version sur une femme que l'on croyait morte et qui était ensevelie depuis une heure ; il sauva ainsi la mère et l'enfant.

J'ignore si l'observation a été publié avec quelques détails.

Parmi les faits que j'ai pu recueillir ce sont là les plus intéressants. Ils vont nous permettre d'examiner d'abord si l'accoucheur peut s'assurer de la réalité de la mort.

Que le médecin, dont les instants ne sont pas comptés, puisse, dans l'état actuel de la science, arriver à affirmer qu'une mort est réelle, c'est à peu près incontestable. Mais cet examen exige un certain temps, et ce temps l'accoucheur ne peut pas le prendre, le salut de l'enfant exige une décision immédiate. L'accou-

cheur ne peut ni examiner le fond de l'œil, ni s'assurer si la température s'abaisse au-dessous de 22 degrés, ni même faire la cardio-poncture. Il n'a en réalité qu'un seul signe de mort réelle : l'absence du bruit physiologique dans la région cardiaque attentivement examinée.

Or, Peu n'avait trouvé *nul mouvement* sur la région du cœur. Rigaudeaux tâta le pouls et le cœur sans noter *aucun mouvement;* d'Outrepont ne trouva pas traces de pouls et de *battements du cœur*. Talinucci ne trouva pas davantage les *battements cardiaques*.

On objectera que cela ne suffit pas, que l'auscultation est nécessaire : Otterbourg dit explicitement que l'auscultation de la poitrine ne donnait que *des signes négatifs*.

Bouchut affirme qu'un cœur dont on n'entend pas les bruits pendant vingt minutes, ne peut plus reprendre ses fonctions.

C'est peut-être vrai, quoique cela ait été contesté par des médecins très-autorisés. Briquet, Ball, Tourdes, Josat, Depaul, admettent la persistance de la vie même en l'absence de bruits du cœur perçus par l'auscultation.

Mais, admettons l'opinion de Bouchut, vingt minutes, c'est très-long et l'enfant a le temps de mourir dix fois.

Notez aussi que l'accoucheur tombe au milieu d'une scène de deuil, d'une famille affolée, qu'il est pressé par le temps, assez troublé lui-même sentant toute sa responsabilité, et vous comprendrez que quelques battements très-lents et très-affaiblis peuvent bien ne pas arriver jusqu'à son oreille. Cependant il faut agir. Ne doit-on pas alors, considérer comme *morte apparente* toute femme morte en état de grossesse avancée et la traiter en conséquence?

Plus on étudiera cette question, plus on comprendra que le seul parti à prendre c'est de suivre les préceptes de l'école de Bologne, qui sauvegardent en même temps les intérêts de l'enfant et ceux de la mère.

Si ces préceptes doivent être toujours suivis, ils doivent l'être plus strictement encore dans l'éclampsie puerpérale.

La malade de Van Swieten avait eu des *convulsions* et ensuite

une syncope si prolongée que les assistants la croyaient morte.

Celle de Rigaudeaux *était tombée plus de dix fois pendant la nuit en faiblesse et en convulsions*, vers six heures une *nouvelle convulsion* avec écume à la bouche avait été suivie de mort.

La femme opérée par L. Golinelli *était morte d'éclampsie* consécutive à d'autres symptômes de dystocie.

Celle de Rivani avait éprouvé des *attaques d'éclampsie* de plus en plus violentes....

L'unique renseignement qu'obtient Talinucci, c'est que la malade avait été prise quelques heures avant de vomissements *avec convulsions*.

Dans le cas de Finizzio enfin, il s'agissait d'une *éclampsie hystériforme*.

Ainsi sur 17 faits de mort apparente, 6 fois elle survient chez des éclamptiques, et il faut remarquer que sauf le cas d'Otterbourg où l'état syncopal était causé par une hémorrhagie utérine, et celui de d'Outrepont où il est dit que la patiente fut prise de frissons suivis de chaleur, dans les autres observations, celles de Peu, de Louis, de Bodin, de Trinchinetti, d'Échasseriaux, les causes qui ont amené la mort apparente ne sont pas indiquées.

L'éclampsie puerpérale doit donc être rangée parmi les causes de la *mort apparente*, elle la produit comme l'hystérie par un état syncopal.

Connaissant ces faits, ne préférera-t-on pas toujours dans la mort par éclampsie, *l'accouchement artificiel post mortem*.

On le préférera d'autant plus que cette manœuvre n'est, en général, ni difficile ni longue; on a pu remarquer en parcourant les observations citées plus haut, qu'à quelque époque que ce soit de la grossesse, à partir du cinquième mois, l'opération a rarement présenté de grandes difficultés. La raison en est toute physiologique; le plus souvent il y avait eu commencement de travail. Une maladie grave, un accident, une émotion profonde le provoquent. Il est rare qu'au moment de la mort, surtout si elle a été lente, le col ne soit pas en grande partie effacé, souvent même avec commencement de dilatation. Ce phénomène

est sans doute complexe et mériterait d'être mieux étudié : il y a d'une part des contractions manifestes et un commencement de travail, il y a aussi peut-être un relâchement du sphincter cervical. Le fait est fort connu, mais il importe de le mettre en lumière :

Chez la jeune femme phthisique, enceinte de huit mois et qui mourut subitement, on croyait l'opération césarienne nécessaire.

En découvrant le cadavre, Rizzoli vit que la tête se présentait entre les grandes lèvres.

Quoique la grossesse fût au huitième mois, la mort subite, le travail s'était fait entièrement. Ce fait ne fit que confirmer Rizzoli dans l'idée que le procédé qu'il voulait adopter était d'accord avec ceux de la nature.

Le même chirurgien cite le fait d'un de ses collègues qui se préparait à faire l'opération césarienne chez une femme morte au sixième mois de la grossesse, lorsque l'interne le prévint qu'un pied du fœtus se présentait à la vulve.

Dans le cas cité par Baudelocque au moment où le chirurgien ouvre le ventre de la patiente avec des ciseaux et qu'un des pieds se présente à la plaie de la matrice, l'enfant est expulsé par la voie naturelle, avant que le chirurgien ait le temps de compléter son incision.

On le voit, ce n'est pas seulement à terme que l'agonie ou la mort provoquent le travail de l'accouchement, mais à huit mois, sept mois, six mois et même cinq mois.

La patiente de Devilliers meurt très-rapidement à sept mois et demi de grossesse, Devilliers trouve l'orifice du col *au quart de la dilatation*.

La femme dont parle Léopold Golinelli était grosse de cinq mois, Golinelli peut extraire le fœtus avec *une facilité et une rapidité extrêmes*.

Capuri, Busi, etc., purent retirer *vivants* et avec *la plus grande facilité* un fœtus de huit mois.

Dans le cas de mort apparente rapporté par Louis Golinelli,

la grossesse est de cinq mois et Golinelli fait pénétrer très-facilement la main.

Talinucci trouve chez son éclamptique grosse de huit mois, le col *complètement effacé*, l'orifice fermé, mais ses *bords souples*.

La patiente de Finizzio, atteinte d'éclampsie hystériforme était à huit mois de grossesse, Finizzio trouve le col utérin non encore dilaté, mais dilatable.

Le fait de Hyernaux fait seul exception. Le col était long d'un demi-centimètre environ et son orifice permettait à peine l'introduction de la pulpe de l'index.

Il résulte de ces observations, dont on pourrait facilement grossir le nombre, que, pendant les derniers mois de la grossesse, l'agonie ou la mort presque toujours provoquent le travail.

Ceci facilite singulièrement la manœuvre et nous conduit à examiner le procédé opératoire.

Plusieurs ont appelé cette méthode *accouchement forcé*, expression peu heureuse : accouchement forcé, entraînant l'idée de force déployée et aussi de lésions et de déchirures. Or, la main a presque toujours facilement et rapidement pénétré dans la cavité utérine, et dans le cas où l'autopsie a pu être faite, la seule lésion trouvée a été la déchirure du col qui est constante dans l'accouchement physiologique.

C'est pour cela que quelques auteurs italiens l'ont appelé *accouchement provoqué et artificiel instantané*, Janssens, *accouchement instantanément provoqué*, Rizzoli, *accouchement artificiel instantané*.

Le nom importe peu pourvu qu'on sache bien que cet *accouchement forcé* demande en réalité peu de force et que cette manœuvre n'entraîne aucune lésion grave.

Le plus souvent la main seule suffit. Pris à l'improviste, sans appareil instrumental, sans aide, l'accoucheur peut terminer l'opération.

Le mode opératoire recommandé par Rizzoli, employé par l'école de Bologne, est des plus simples. On fait fixer le fond de l'utérus, ou on le fixe soi-même de la main gauche. Puis la main droite glissée dans le vagin, on introduit l'index dans

l'orifice du col. Dès qu'il s'est fait un chemin suffisant on y glisse le médius et à l'aide de ces deux doigts on écarte, on dilate l'orifice. Ce résultat obtenu, on introduit les cinq doigts réunis en cône et s'il s'agit d'une version la main et le bras; si c'est une application de forceps, dès que l'orifice est suffisant pour admettre les cinq doigts, on introduit et on place doucement les cuillers (Hyernaux).

Dans quelques cas cependant le col offrit une résistance et il fallut recourir aux incisions multiples.

Rizzoli, chez une tuberculeuse, au sixième mois de la grossesse, put introduire facilement la main *grâce à des incisions.*

D'Amato ayant trouvé le col en état de rigidité, exécuta plusieurs débridements pour appliquer le forceps. Dans ces cas le col avait-il une portion de sa longueur, ou ne présentait-il qu'un bord tranchant non dilatable. C'est ce qu'il eût été important d'indiquer. Si le col est effacé, ces incisions sont simples, faciles, sans danger. En serait-il de même lorsque le col a toute sa longueur? Un bistouri n'est point si facile à manier au fond du vagin; de plus, dans ce cas, si les incisions sont trop superficielles elles sont inutiles; trop profondes, elles ne sont pas sans danger. Voilà pourquoi nous donnerions la préférence au moyen employé par Hyernaux. Ayant trouvé le col long de un demi-centimètre et le canal cervical permettant à peine l'introduction de la pulpe du doigt, il y enfonça d'abord l'index, puis une pince à polype qui servit à le dilater. Voici comment il expose son procédé, deux fois mis en pratique avec succès, dans sa lettre à Janssens :

Si le col est long et à peine entr'ouvert, on y introduit d'abord un doigt; on exerce sur la circonférence une *pression excentrique* qui permet l'adjonction d'un second doigt superposé au premier. On les écarte ensuite, s'ils se fatiguent, on les remplace par une pince à polype ou à faux germe. En procédant ainsi, on finit par vaincre la résistance du col.

Ce procédé est-il applicable dans tous les cas? Les faits prouvent que le plus souvent la main suffit et que grâce au travail d'accouchement presque toujours commencé, et à un relâche-

ment des fibres sphinctériennes, on pénètre sans grandes difficultés. Tout dernièrement cependant les internes de l'hôpital de Lariboisière ont échoué; nous manquons de détails sur ce fait, mais on peut presque affirmer qu'en recourant à la pince à polype ou à quelques débridements sur le col effacé, on viendra toujours à bout de ces difficultés.

L'orifice suffisamment dilaté, le choix de la méthode pour l'extraction de l'enfant dépend de la présentation et de l'engagement de la tête. La version est peut-être plus rapide, mais on a probablement plus de chances d'extraire un enfant vivant avec le forceps. On peut dire que l'exemple de Talinucci qui fit effort pour passer entre la tête et les parties molles de la mère, n'est point à imiter. Maintenant, quels sont les résultats? Ils peuvent être envisagés au point de vue de la mère, au point de vue de l'enfant.

La méthode est tout à l'avantage de la mère, puisque la lésion laissée par le manuel opératoire est nulle, qu'à l'autopsie on n'a trouvé que la déchirure constante de l'accouchement physiologique. Cela a été constaté par Rizzoli, Belluzzi, Romei, Verardini, Busi, Capuri, Franchini, Golinelli, etc., aussi, les femmes qui étaient en état de mort apparente n'ont eu que des suites de couches physiologiques.

Au point de vue de l'enfant, il est difficile de se faire une opinion très-arrêtée.

Rizzoli dit bien que dans douze accouchements pratiqués par sa méthode en Italie, tous les fœtus ont été amenés vivants, sauf dans un cas où on avait constaté depuis quelques jours des symptômes de mort. Remarquons que Rizzoli englobe dans ce nombre des accouchements artificiels faits pendant l'agonie (Esterle, Belluzzi, Roméi), et qui doivent être étudiés à part. Les procédés et les résultats sont tout autres; l'enfant extrait pendant l'agonie a plus de chances de survie. Cette distinction bien établie, nous trouvons quatre enfants extraits vivants (Ottenbourg, Finizzio, Talinucci, Echasseriaux), dont trois chez des femmes en état de mort apparente, auxquels il est juste

d'ajouter les enfants extraits vivants par d'Amato et par Putti et dont nous n'avons pu nous procurer les observations.

Quant aux enfants dont parle Rizzoli et qui auraient été extraits vivants pendant une épidémie de choléra, nous sommes si mal renseignés à cet égard, qu'il nous est impossible de les faire entrer en ligne de compte.

Cependant telle qu'elle se présente à nous, avec des observations incomplètes, des détails insuffisants, des points importants laissés dans l'ombre, la méthode nous paraît présenter de si incontestables avantages qu'il ne reste guère de place pour l'hésitation.

A mesure que les faits se multiplieront la section césarienne après la mort deviendra de plus en plus une méthode d'exception et tendra à disparaître. Cette mutilation a quelque chose de repoussant, la responsabilité qu'elle fait peser sur le médecin est trop grande, le nombre des enfants qu'elle sauve est trop faible. L'accouchement artificiel pendant l'agonie, dont les résultats sont tout autres, portera le dernier coup à cette opération, vestige d'un autre âge.

(A suivre.)

REVUE DE LA PRESSE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS ET SUR LE MOMENT OU IL FAUT PRATIQUER LA LIGATURE DU CORDON OMBILICAL (1).

Par M. Ch. Porak
Ancien interne des hôpitaux.

(SUITE) (2).

NOTA. Par suite d'une erreur de mise en pages, cet article et celui qui paraîtra dans le prochain numéro devront être placés avant le paragraphe intitulé : *De la pathogénie de l'ictère des nouveau-nés*, que nous avons publié dans le numéro d'octobre des *Annales de Gynécologie*, page 211.

Quelle est la valeur pronostique de l'ictère simple des nouveau-nés? — Je donne la relation de 168 enfants que j'ai observés et que j'ai pesés tous les deux jours.

Voici le résultat de ces pesées :

Enfants qui ont gagné du poids.

	Ont gagné en moyenne.		
18 enfants n'ayant pas jauni	178 gr. le 8e, le 9e ou le 10e jour.		
21 enfants ayant eu de l'ict. au 1er degré.	170	—	—
31 enfants ayant eu de l'ict. au 2e degré.	98	—	—
21 enfants ayant eu de l'ict. au 3e degré.	88	—	—

(1) Extrait de la *Revue mensuelle de méd. et de chir.*

(2) Voir les *Annales de Gynécologie*, nos de septembre et octobre 1878.

Enfants qui ont perdu du poids.

	Ont perdu en moyenne.		
15 enfants n'ayant pas jauni.............	246 gr.	le 8e, le 9e	ou le 10e jour.
7 enfants ayant eu de l'ict. au 1er degré.	152	—	—
27 enfants ayant eu de l'ict. au 2e degré.	175	—	—
28 enfants ayant eu de l'ict. au 3e degré.	253	—	—

Les résultats que je donne ne sont pas composés d'éléments hétérogènes. J'ai pris moi-même toutes mes observations, je les ai recueillies à l'hôpital Cochin, c'est-à-dire dans les mêmes conditions d'observation. Dans ces circonstances, les conclusions qu'on en peut tirer sont légitimes.

En prenant un grand nombre d'observations, on se met dans les meilleures conditions pour éviter les erreurs qui peuvent résulter de cas exceptionnels. Le nombre sur lequel j'appuie mes conclusions est assez considérable pour qu'elles se rapprochent de la vérité; il n'est pas assez considérable pour qu'elles soient définitives.

De quelque façon qu'on envisage la question, de quelque façon qu'on combine ces chiffres, on arrive toujours au même résultat.

Les enfants qui profitent le mieux en huit, neuf ou dix jours, sont ceux qui ne jaunissent pas. Viennent ensuite à une très faible distance ceux qui présentent une légère suffusion jaunâtre, qui ont de l'ictère au premier degré, puis avec un grand écart les enfants qui ont un ictère au second degré, et ceux qui ont un ictère au troisième degré.

Si maintenant on envisage les pertes subies en huit, neuf ou dix jours, on voit qu'elles augmentent dans l'ordre suivant: les enfants qui ont un ictère au premier degré, puis les enfants qui ont un ictère au second degré, avec un grand écart, puis les enfants qui ne jaunissent pas ou qui ont un ictère au troisième degré avec un plus grand écart encore.

Ces profits progressivement moins considérables, ces pertes progressivement plus fortes suivant que l'ictère est plus in-

tense, trouvent une confirmation bien évidente dans la proportion des enfants qui ont gagné ou perdu du poids. Ainsi :

	Ont gagné du poids.	Ont perdu du poids.
Enfants n'ayant pas jauni..............	18 — 54,54 0/0	5 — 45,45 0/0
Enfants ayant eu de l'ict. au 1er degré.	21 — 75 0/0	7 — 25 0/0
Enfants ayant eu de l'ict. du 2e degré.	31 — 53,44 0/0	15 — 46,55 0/0
Enfants ayant eu de l'ict. du 3e degré.	21 — 42,85 0/0	28 — 57,14 0/0

Il est clair que plus la jaunisse est prononcée, plus grande est la proportion des enfants qui perdent du poids. Les résultats précédents obtenus dans les cas d'enfants qui ne jaunissent pas, est plus difficile à interpréter. J'y reviendrai.

Faisons abstraction des cas où l'enfant ne jaunit pas, et étudions seulement l'ictère au point de vue de son pronostic.

Nous voyons de la façon la plus évidente que plus l'ictère est prononcé, moins la moyenne des profits de l'enfant en neuf jours est favorable, plus la moyenne de ces pertes est conisdérable. Est-ce à dire que l'ictère par lui-même fait courir des risques à l'enfant? Certainement non ; l'ictère n'est pas une maladie chez le nouveau-né : ce n'est même pas un syndrome, ce n'est qu'un symptôme. L'ictère accompagne des états de nutrition plus ou moins défavorables, et on peut dire que plus il est accentué, moins bonne est la santé de l'enfant.

Si nous considérons maintenant les enfants qui ne jaunissent pas, nous voyons que ceux qui gagnent du poids en gagnent le plus, que ceux qui en perdent en perdent beaucoup.

Je chercherai plus tard à donner une explication de cette contradiction apparente. Maintenant je veux rester dans le domaine des faits; je ne veux pas les interpréter. Si l'on considère le tableau où sont enregistrés les profits des enfants qui n'ont pas jauni, on verra qu'il n'est pas d'enfant dans aucun autre tableau qui ait gagné autant. Il semble donc logique d'admettre que la meilleure santé observée chez le nouveau-né coïncide avec l'absence de toute coloration jaune. Si dans ce même tableau des enfants qui n'ont pas jauni, on considère les parties où sont consignées les pertes des enfants, on s'aperçoit

qu'il n'en est pour ainsi dire pas dans les autres tableaux qui aient perdu autant de poids. Conséquemment cet état particulier des enfants peut coïncider avec des états graves du nouveau-né. Considérez au contraire la moyenne des pertes des enfants qui n'ont pas jauni et la moyenne des pertes des enfants qui ont eu un ictère du premier degré, il y a un écart de près de 100 grammes, de telle sorte que les enfants qui jaunissent peu perdent relativement beaucoup moins de poids. La seule conclusion que l'on soit, en bonne logique, autorisé à faire, c'est que l'ictère au premier degré ne coïncide pas avec les états graves du nouveau-né. Si sa nutrition s'accomplit mal, ou il ne jaunit pas, ou il jaunit beaucoup.

Ces faits sont importants, car jusqu'à ce jour on s'accordait à considérer l'ictère simple des nouveau-nés comme un phénomène dénué de toute importance pronostique. Les chiffres que je viens de donner sont en contradiction absolue avec cette notion si généralement adoptée.

En commençant ce chapitre, je disais encore, contredisant ainsi à une notion très-répandue, que l'ictère est un état pathologique. Dans l'impossibilité où l'on est de séparer l'ictère du premier degré de l'ictère du second et du troisième degré, on est forcé de réunir dans une seule catégorie ces faits. — L'aggravation de l'état des enfants proportionnellement à l'intensité de l'ictère lui assigne un caractère pathologique évident. De plus, la notion qui avait fait considérer l'ictère comme « un apanage de l'espèce humaine », comme un phénomène physiologique, s'appuyait sur la constance de son apparition. Or, en admettant même que quelques cas d'ictère qui n'ont duré qu'un jour m'aient échappé, je puis cependant affirmer avoir bien certainement observé des enfants qui n'ont pas jauni.

[M. Porak fait connaître ici les tableaux indiquant les pesées des enfants. Nous ne publierons pas ces tableaux que l'on trouvera dans le fascicule de juin de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, page 432 et suivantes].

II

Du moment où il faut pratiquer la ligature du cordon ombilical.

Avant d'exposer les recherches que j'ai entreprises, je veux reprendre le Mémoire de M. Budin, suivre pas à pas les conclusions qu'il a obtenues, indiquer les résultats auxquels sont arrivés MM. Hélot et Schücking.

Budin, dans les chiffres nombreux et consciencieux qu'il a publiés dans son excellent Mémoire, arrive à ce résultat qu'un enfant dont on a lié tardivement le cordon de 1/2 minute à 4 minutes après la cessation des battements de la tige funiculaire, puise dans le sein maternel 87 c.c. 8 ou bien 92,6 grammes de sang de plus qu'un enfant dont on lie le cordon ombilical immédiatement après sa naissance.

J'ai fait pour ma part l'évaluation du sang exprimé du placenta après la section immédiate et après la section tardive du cordon ombilical, dans un nombre d'ailleurs peu considérable de cas. J'ai obtenu une moyenne un peu plus élevée de quelques centimètres cubes que celle de Budin. J'attribue cette différence, d'ailleurs peu importante, à ma manière de lier le cordon. Pour la ligature immédiate, je liais comme Budin, le cordon aussitôt que l'enfant était né, sans perdre de temps. Pour la ligature tardive, je n'ai pas procédé comme Budin : j'ai constaté la cessation des battements du cordon près de l'ombilic et non pas au milieu du cordon avant de les considérer comme arrêtés ; j'attendais ensuite deux minutes et je liais. Aussi verra-t-on, dans mes tableaux de ligature deux minutes après la cessation des battements, une moyenne indiquant cette cessation des pulsations funiculaires beaucoup plus tardive que celle indiquée dans le travail de Budin. Il en résulte que le sang du placenta était beaucoup mieux exprimé, et que l'enfant devait bénéficier de quelques grammes en plus.

M. Hélot, dans ses recherches, a trouvé un chiffre un peu inférieur à celui de M. Budin. Ses observations, comme les miennes, sont loin d'être aussi nombreuses que celles de M. Budin, et on doit considérer comme se rapprochant le plus de la vérité les moyennes que ce dernier auteur a indiquées.

M. Hélot s'est demandé si le nouveau-né bénéficiait bien réellement d'autant de sang après la ligature tardive, s'il n'y avait pas des déchirures placentaires, à la faveur desquelles des écoulements sanguins pouvaient se produire et être une cause d'erreur. Il entreprit donc une série d'expériences qui constituent une nouvelle preuve des résultats donnés par M. Budin. Ces expériences consistent d'une part à peser les enfants immédiatement après leur naissance et à voir s'ils gagnent du poids; d'autre part, à compter les globules chez des enfants auxquels on a fait la ligature immédiate ou tardive et à constater les différences fournies par ces numérations.

Il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le supposer de peser le nouveau-né tenant encore au corps de sa mère par le cordon ombilical. M. Hélot a fait construire dans ce but une balance romaine très-sensible, à laquelle était suspendu un léger hamac en toile. On pouvait y placer l'enfant immédiatement après sa naissance, après l'avoir essuyé avec un linge sec. Un aide s'emparait du cordon ombilical, à quelques centimètres de l'ombilic, et le soulevait sans exercer de traction. Au moyen d'un curseur, on enregistrait le poids exact de l'enfant. Notons que cette opération demande à peu près une minute. Dès que le cordon avait cessé de battre, l'auteur prenait une seconde pesée. Dans tous les cas, il y eut une différence entre la première et la dernière pesée, en faveur de la dernière, et indiquant une augmentation de poids qui a varié de 40 à 100 gr., qui a été en moyenne de 53 grammes.

M. Schücking a fait des expériences analogues à celles de M. Hélot. Il se sert d'une balance (Decimalwage-Federwage) dont il ne donne pas de description, qu'on peut fixer au lit de la mère. Il serait très-intéressant de connaître cette balance, car elle ne paraît pas présenter d'oscillations. Ainsi l'auteur a

pu peser un enfant et enregistrer les variations du poids, pendant la première moitié, même pendant le premier quart de la première minute.

Je résume quelques-unes des observations de Schücking :

1° Fille pesant 2,510 grammes ; respire immédiatement ; au bout d'une demi-minute, ne pèse plus que 2,480 ; cessation des battements au bout de deux minutes ; accroissement de poids pendant huit minutes, après lesquelles le poids reste constant, à 2,580 grammes. — Donc profit de 70 grammes de sang. — Il reste 12 grammes de sang dans le placenta.

2° Garçon pesé seulement après qu'il a crié ; P., 3,470 ; dix et vingt secondes après, il perd de dix à vingt grammes de son poids primitif ; cessation des battements trois minutes après la naissance ; cinq minutes après, le poids reste stationnaire à 3,570. — Il reste vingt-quatre grammes de sang dans le placenta. — Donc profit de 100 grammes de sang.

3° Garçon pesant 3,060 grammes ; cessation presque immédiate des pulsations ombilicales ; perte de 15 grammes dans le 1/4 de la première minute. — Poids stationnaire à partir de la septième minute, 3,090. — Donc profit de 30 grammes.

Il constata par le même procédé l'augmentation du poids de dix enfants. Cette augmentation varia entre 30 et 110 grammes. Remarquons que, dans les trois observations précédentes, il observa une diminution du poids après la naissance.

Ces expériences nous apprennent plusieurs faits. La ligature au bout de quelques secondes, d'un quart, d'une demi-minute, peut faire profiter l'enfant d'une quantité moindre de sang qu'une ligature faite immédiatement. De plus, il n'y a pas de loi qui indique la quantité de sang dont peut profiter tel ou tel enfant ; il n'y a pas de loi fixant la pénétration progressive du sang dans le corps de l'enfant relativement au temps écoulé à partir de la naissance.

D'ailleurs Schücking confirme absolument les faits avancés par Budin.

M. Hayem et M. Hélot donnèrent encore une nouvelle preuve

de l'augmentation du sang chez le nouveau-né dont on avait lié tardivement le cordon, en faisant la numération des globules de ces enfants.

Voici les résultats (M, Hayem, a compté par millimètre cube).

Sur 6 enfants dont on a fait la ligature immédiatement après la naissance, en moyenne	5,087,000
Sur 8 enfants dont on a lié le cordon après la cessation de ses battements, en moyenne	5,576,000

Donc, ces derniers ont par millimètre cube 489,000 globules rouges de plus que les premiers.

M. Hélot a trouvé, à l'aide du procédé de numération des globules conseillé par M. Hayem :

Sur 12 enfants dont on lia immédiatement le cordon, en moyenne oscillant entre 4,551,782 et 5,750,000.	5,080,715
Sur 10 enfants dont on lia tardivement le cordon, en moyenne. oscillant entre 4,982,347 et 7,474,375.	5,983,347
C'est-à-dire en faveur des enfants dont la ligature fut effectuée tardivement, par millimètre cube	902,632

J'ai fait aussi quelques recherches à ce sujet, ne connaissant d'ailleurs pas les recherches de mes devanciers, et à l'aide du procédé de Malassez. Voici mes résultats :

Enfants à ligature tardive, 2 minutes après la cessation des pulsations ombilicales.

I. Ligature 9 minutes après la naissance	4,730,000
II. Ligature 2 minutes après la cessation des pulsations ombilicales	5,711,600
III. Ligature 7 minutes après la naissance	4,232,800
IV. Ligature 11 minutes après la naissance	4,715,200
V. Ligature 2 minutes après la cessation des pulsations ombilicales	6,157,600
VI. Ligature 2 minutes après la cessation des pulsations ombilicales	5,572,800
VII. Ligature 12 minutes après la naissance	4,145,200
VIII. Ligature 2 minutes après la cessation des pulsations ombilicales	5,727,600
IX. Ligature 2 minutes après la cessation des pulsations ombilicales	5,951,200
En moyenne	5,221,555

Enfants à ligature immédiate.

I..	4,368,880
II...	4,265,600
III..	4,592,400
IV...	4,798,800
V..	3,855,000
En moyenne........	4,376,120

C'est donc en faveur des enfants dont la ligature fut pratiquée tardivement par millimètre cube 847,435.

Ces différentes recherches se confirment donc, et on peut affirmer que le fait avancé par M. Budin est absolument démontré.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séances du 29 octobre et du 5 novembre 1878.

Indications et contre-indications de l'ovariotomie. — M. le Dr Duplay donne lecture d'un intéressant mémoire dans lequel il étudie spécialement le moment ou il convient d'opérer les kystes de l'ovaire.

Il termine son travail par les propositions suivantes qui résument d'une manière générale les indications et contre-indications de l'ovariotomie appliquée au traitement des kystes de l'ovaire.

1° Avant de poser la question des indications et des contre-indications de l'ovariotomie, le chirurgien doit avoir établi un diagnostic aussi rigoureux que possible et pratiqué une ponction exploratrice.

2° Relativement à l'époque ou il convient de proposer l'ovariotomie je repousse l'opération précoce et je considère que l'ovariotomie est seulement indiquée lorsque le kyste est devenu par son volume un motif de gêne excessive pour les malades, ou par les accidents locaux et généraux qu'il détermine une cause imminente de danger pour la vie.

L'ovariotomie tardive, quoique ne devant par être adoptée comme une règle générale, n'est cependant pas contre-indiquée par l'existence des complications locales et générales les plus graves, telles que : péritonite, inflammation, suppuration, gangrène du kyste, émaciation extrême.

4° L'ovariotomie est formellement contre-indiquée dans les cas de kystes de l'ovaire compliqués de maladies générales ou locales, indépendantes de la présence du kyste, et susceptible d'entraîner par leur évolution ultérieure la mort des malades.

5° Les diverses conditions locales dépendant de l'état du kyste (parois et contenu), de ses connexions (adhérences), de l'état du péritoine (ascite), ne sont que de médiocre importance au point de vue des indications et des contre-indications de l'ovariotomie. Je fais cependant, deux exceptions à cette proposition générale : la première est relative aux kystes uniloculaires, à contenu séreux non albumineux, pour lesquels l'ovariotomie me paraît généralement contre-indiquée; la seconde est relative aux adhérences étendues du côté du petit bassin et des organes qui y sont contenus (utérus, vessie), et qui surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'ascite abondante, indique le plus souvent une affection maligne ou du moins très-complexe. Dans ce cas, sans proscrire définitivement l'ovariotomie, je conseillerais de la retarder autant que possible.

6° Enfin l'ovariotomie est applicable aux kystes de l'ovaire compliqués de grossesse, lorsque la vie de la mère; et de l'enfant est directement menacée par le développement de la tumeur et que la ponction reste sans effet.

Observation d'une ovariotomie pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine et suivie de guérison. — Quelques réflexions sur le péritonisme envisagé comme indication opératoire, par M. le Dr Le Dentu. — Une femme de 28 ans, entrée le 6 février 1878 dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, pour des douleurs abdominales d'une certaine intensité, présente tout à coup des symptômes graves qui mettent ses jours en danger (coliques vives, frissons, vomissements, diarrhée, altération des traits, affaiblissement du pouls). Ces symptômes cessent brusquement le 12 février au soir, après quatre jours de durée. Pendant ce temps, le ventre avait été le siége d'une tension douloureuse.

Une deuxième et une troisième crise semblables se déclarent le 8 et le 17 mars, la dernière avec une intensité telle que le 19 mars au matin, M. Dujardin-Beaumetz considère la malade comme perdue. Le soir, une amélioration très-accentuée se produit; le 22, la malade est complètement revenue à son état normal.

Appelé auprès d'elle, M. Le Dentu lui conseille de se laisser pratiquer l'ovariotomie, parce qu'une nouvelle crise causerait presque à coup sûr la mort, et qu'une ponction ne la mettrait que provisoirement à l'abri des mêmes accidents.

Quelle était la nature de ces symptômes? C'est ce qu'il s'agissait avant tout de déterminer. Malgré leur grande ressemblance avec les symptômes de la péritonite, il s'en écartaient par certaines particularités. La péritonite due à la présence d'un kyste ovarique, n'a pas ordinairement cette marche quasi foudroyante, ces allures menaçantes; sa terminaison est moins brusque. En outre, elle est provoquée bien plus par les kystes volumineux que par ceux qui, comme celui de mon opérée, ne dépassent pas le volume d'un utérus au quatrième mois de la grossesse.

Il est vrai que la péritonite est une maladie quelquefois bizarre dans son évolution. Insidieuse dans certains cas, elle éveille dans d'autres des réactions d'ordre nerveux dont l'intensité lui donne une physionomie particulière (agitation, vomissements répétés, cyanose précoce, etc.). Il s'en faut que les lésions soient toujours en rapport avec la violence apparente des symptômes.

Les mêmes symptômes généraux et indirects peuvent se montrer sans que le péritoine soit enflammé; c'est ainsi que, à côté de la péritonite vraie, il y a une pseudo-péritonite, comme à côté de l'étranglement vrai il y a pseudo-étranglement.

La pseudo-péritonite est une des formes du péritonisme que M. Gubler définit : « L'ensemble des phénomènes graves et souvent mortels qui viennent compliquer la péritonite, ou plutôt les lésions quelconques *des organes tapissés par le péritoine.* »

La condition fondamentale du péritonisme est une irritation spéciale qui atteint le plexus solaire et irradie de là vers les centres nerveux.

Le péritonisme lié à la péritonite est l'exagération des phénomènes nerveux de la phlegmasie abdominale.

Le péritonisme indépendant de la péritonite, quel que soit son point de départ (blessures, poussées congestives, étranglement), se

présente sous deux types très-différents : le type dépressif et le type violent.

Les traits caractéristiques du premier sont l'affaissement graduel, la cyanose, le refroidissement des extrémités, le tout accompagné de douleurs peu considérables. Les traits caractéristiques du second sont les douleurs intenses, l'agitation, les vomissements répétés précédant la cyanose et l'abaissement des températures périphériques.

Les accidents présentés par cette malade rappellent de près ces derniers. Leur cause première a été une série de poussées congestives vers l'ovaire droit et le kyste situé à gauche. De là une exhalation séro-sanguine, une distension marquée de la poche et des douleurs vives des deux côtés du ventre. Si l'on ne peut nier absolument que cette distension ait engendré à plusieurs reprises un peu de péritonite, on peut affirmer que les phénomènes inflammatoires sont toujours restés en disproportion avec les phénomènes nerveux. D'où je puis déduire que c'est bien le péritonisme qui, avec ses menaces de mort, a constitué une pressante indication opératoire.

L'opération a été pratiquée le 3 avril de cette année, dans un petit pavillon en bois, ancienne dépendance des chalets incendiés de l'hôpital Saint-Antoine. Le 29 avril, l'opérée était totalement guérie. Elle avait vu revenir ses règles cinq jours après l'opération, sans éprouver de souffrances.

Trois fois à partir du 15 juin elle a souffert assez vivement, en même temps qu'un peu de sang rosé apparaissait à la vulve. Le 29 octobre, tous les phénomènes douloureux avaient cédé à l'application de deux vésicatoires sur le ventre.

Au point de vue du tempérament, de la vivacité, des allures et de l'impression, viabilité normale, cette femme offre toujours la même prédisposition aux réactions d'ordre nerveux ; mais les conditions de leur mise en jeu n'existent plus. L'opération en a supprimé le point de départ, et tout permet de penser que c'est à jamais.

A. Lutaud.

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE GYNÉCOLOGIE.

Troisième congrès annuel tenu à Philadelphie les 25, 26 et 27 septembre 1878.

Nous donnons d'après le *New-York medical Record*, une analyse

sommaire des principaux mémoires qui ont été présentés pendant la session de 1878.

Nous dirons d'abord quelques mots du remarquable discours d'ouverture prononcé par le président, M. Goodell, de Philadelphie. L'orateur a d'abord payé un juste tribut d'hommage à la mémoire de deux illustres sociétaires qui ont succombé pendant l'année, les docteurs Peaslee et Washington Atlee ; il a ensuite passé en revue les plus importants travaux et progrès de la gynécologie.

Parmi les nombreux mémoires présentés au congrès nous citerons les suivants.

Observation de rupture périnéale chez une multipare, sans lésion de la vulve, par le Dr Reeves. — Il s'agit d'un cas de déchirure du périnée sans implication de la vulve, la délivrance ayant été effectuée par le rectum. L'auteur rapporte cette observation : 1° à cause de sa rareté ; il n'a pu trouver dans les annales de la science que deux cas de ce genre ; 2° à cause de sa rareté chez les multipares, il n'a pu trouver aucun cas de rupture centrale du périnée observé chez une multipare.

Du traitement chirurgical de la dysménorrhée, par le Dr Marion Sims. — Dans ce mémoire qui a été lu par un des secrétaires, l'auteur donne une description détaillée des deux opérations, connues sous les noms de Simpson et de Sims. Ces deux opérations diffèrent complètement l'une de l'autre. Dans la première il s'agit d'une incision bilatérale pratiquée dans le but de guérir la sténose du col utérin ; dans l'opération de Sims, l'incision est antéro-postérieure. Bien plus, les deux opérations ne s'appliquent pas aux mêmes affections. Celle de Simpson convient aux cas où il existe une sténose de la portion vaginale d'un col régulièrement développé ; celle de Sims ne s'applique qu'aux cas où le col est irrégulièrement développé, c'est-à-dire lorsque le segment postérieur est plus long que l'antérieur et qu'il existe en même temps de l'antéflexion.

Le but de ce mémoire est d'établir la distinction qui existe entre ces deux opérations qui ont chacune une origine différente et des applications diverses. A Simpson revient sans contredit le mérite d'avoir proposé et pratiqué une opération chirurgicale pour le traitement de la dysménorrhée ; à Sims revient la priorité d'avoir proposé plus tard une opération différente pour le traitement de la sténose du col et de la stérilité.

Le Dr Fordyce Barker remarque à la suite de cet important mémoire, que, quoique trente-trois années se soient écoulées depuis que Simpson a proposé l'incision bilatérale pour combattre la stérilité et que le procédé de Sims remonte déjà à près de vingt ans, les opérations ne sont pas encore aussi généralisées dans la pratique que certaines autres opérations de la chirurgie générale. Bien plus il y a de grandes divergences d'opinions en ce qui concerne les indications. Comment se fait-il que certains gynécologistes aient pratiqué l'opération plus de deux mille fois, tandis que d'autres, non moins versés dans la pratique de la gynécologie et voyant un nombre aussi considérable de malades, n'aient eu recours à l'opération que dans un petit nombre de cas? Peut-on admettre que des praticiens éminents aient laissé passer les indications de l'opération sans les voir. Faut-il croire que le diagnostic de la sténose utérine est si obscur et si difficile? De telles explications ne peuvent être admises sans mettre en doute la science de nos maîtres les plus connus et les plus éminents.

La réponse à ces questions se trouve dans le fait que beaucoup de chirurgiens mettent en doute la nécessité de pratiquer des incisions dans le cas de sténose du col ou du moins de les pratiquer aussi fréquemment. L'objet de l'opération est de donner au canal cervical un calibre suffisant pour permettre le passage du sang et des sécrétions. Ce résultat ne peut-il pas être atteint par des procédés moins dangereux? En somme, M. Barker pense que les opérations de Simpson et de Sims ont été souvent pratiquées sans que leur absolue nécessité ait été bien démontrée et qu'elles ne sont pas aussi souvent indiquées qu'on l'a cru jusqu'à ce jour.

Les autres membres qui ont pris la parole sur cette question ont exprimé des opinions analogues à celles du Dr Fordyce Barker.

Observation de grossesse extra-utérine avec issue des os du fœtus par la vessie; par le Dr James White. — L'observation rapportée par l'auteur est intéressante à plusieurs points de vue :

1° Le siége de la tumeur fœtale était extrêmement rare. Cette tumeur était située entre la face antérieure de l'utérus et le sommet de la vessie.

2° L'élimination spontanée du produit de la conception extra-utérine par la vessie, constitue un mode de terminaison qui n'a pas encore été signalé.

L'auteur émet ensuite une opinion en ce qui concerne l'interven-

tion chirurgicale. Il pense que, dans les cas de ce genre, il est préférable de s'en rapporter à la nature pour l'élimination des produits de la conception anormale.

Le Dr Storer, de Boston, rapporte un cas de gestation utérine dans lequel l'élimination du fœtus a eu lieu spontanément par le rectum. Il pense que ce cas est en faveur de la non-intervention.

Le Dr White répond qu'il n'a pas voulu dire qu'il ne fallait jamais intervenir, mais que l'intervention doit être bornée à un certain nombre de cas.

L'utilité de la délivrance hâtive démontrée par l'analyse de 161 cas de fistules vésico-vaginales. — Tel est le titre d'un mémoire dans lequel le Dr Emmet s'efforce de démontrer que les instruments employés pour pratiquer la délivrance hâtive sont absolument étrangers à la production des fistules vésico-vaginales. Celles-ci reconnaissent deux causes principales : 1° La lenteur du travail une fois que la tête est engagée dans le petit bassin, 2° la réplétion de la vessie pendant le travail, bon nombre de praticiens négligeant en effet de vider cet organe.

D'après le Dr Emmet l'étendue de la lésion n'est pas toujours en rapport avec la durée du travail. Cette assertion est démontrée par l'analyse de 161 cas de fistules vésico-vaginales dans lesquels il a été constaté que la lésion était plus étendue dans les cas ou la délivrance avait eu lieu naturellement.

L'auteur n'hésite pas à dire qu'il n'a jamais rencontré un seul cas de fistule vésico-vaginale occasionné par la délivrance instrumentale. C'est là une assertion importante à plusieurs points de vue, on n'ignore pas, en effet, que beaucoup de praticiens ont été accusés d'avoir produit des fistules par l'emploi du forceps.

Le Dr A. Smith, de Philadelphie, fait remarquer l'importance du mémoire du Dr Emmet au point de vue obstétrical. Il démontre, en effet, qu'il est préférable d'employer le forceps de bonne heure et que l'ancien usage qui voulait qu'on n'intervienne avec les instruments que vingt-quatre heures après le début du travail doit être abandonné.

Le Dr Wilson, de Baltimore, approuve complètement les conclusions du Dr Emmet en ce qui concerne l'application hâtive du forceps. Il pense que cet instrument doit être employé aussitôt que la

tête du fœtus cesse d'avancer sous l'influence des douleurs et des contractions utérines.

Les Drs PENROSE, JOHN ATLEE, STORER et WHITE qui ont ensuite pris part à la discussion, ont émis une opinion analogue et ont été d'avis que l'emploi du forceps ne favorisait nullement la formation des fistules vésico-vaginales.

De l'emploi de la main comme curette dans les cas d'hémorrhagie post-partum, par le Dr WILSON, de Baltimore. — L'auteur rapporte d'abord une intéressante observation dans laquelle une hémorrhagie post-puerpérale grave n'avait pu être arrêtée par les moyens ordinaires. Il eut alors l'idée d'introduire la main dans la cavité interne, de racler avec l'ongle les fragments placentaires et l'hémorrhagie cessa.

Il s'agissait d'un cas très-simple et l'accouchement avait eu lieu dans des conditions normales. L'hémorrhagie survint sans que rien pût en expliquer la cause. Les moyens les plus énergiques furent mis en usage pour la contrôler. La main fut d'abord introduite dans la cavité utérine pour en retirer les caillots ; l'ergot fut administré par l'estomac, par le rectum et en injections sous-cutanées ; on introduisit de la glace dans la cavité utérine. Malgré ces mesures énergiques, l'utérus ne se contractait pas et l'hémorrhagie continuait. Le cas devenait grave et c'est alors que le Dr WILSON à bout de ressources, eut l'idée d'employer sa main comme curette et de racler la surface placentaire avec les ongles, Cette opération fut répétée deux fois ; elle provoqua des douleurs assez vives; mais l'utérus ne tarda pas à se contracter et l'hémorrhagie cessa. Ce résultat a paru si satisfaisant à M. Wilson qu'il n'hésite pas à déclarer que, dans un cas semblable, il aurait recours au même procédé.

Du traitement des hémorrhagies post-partum, par le Dr R. PENROSE, de Philadelphie. — Après quelques considérations générales sur les caractères des hémorrhagies post-puerpérales et la nécessité d'un traitement énergique et efficace, l'auteur étudie les causes de ces terribles complications. La plus importante de ces causes est sans contredit l'inertie utérine ; viennent ensuite les adhérences du placenta les diverses affections de l'utérus, etc. Parmi les causes prédisposantes il faut citer cette idiosyncrasie qui détermine chez certaines femmes un état particulier de flaccidité de l'utérus.

Abordant ensuite le traitement, M. Penrose passe en revue les différentes méthodes qui ont été employées jusqu'à ce jour. Les frictions, l'application du froid, de la chaleur, de l'électricité ont une valeur relative connue et appréciée de tous, mais ces moyens ne sont pas toujours efficaces. Le cautère actuel et les injections intra-utérines de perchlorure de fer font payer par de trop grands dangers leur efficacité.

Le médicament proposé par l'auteur comme substitutif de ces dangereux agents est le *vinaigre commun*. Depuis 1854, il l'a employé un grand nombre de fois et toujours avec succès. Voici les avantages que présente cet agent.

1° On peut toujours se le procurer facilement.

2° Il s'applique facilement et sans aucun appareil spécial.

3° Il arrête toujours l'hémorrhagie. C'est du moins ce qui a eu lieu dans les cas du Dr Penrose.

4° Il provoque les contractions utérines sans produire une trop forte irritation dans le tissu de l'organe.

5° Il constitue un excellent antiseptique.

6° Il agit comme astringent sur la muqueuse utérine.

Voici comment le Dr Penrose emploie ce médicament. Il imbibe un petit tampon de coton ou une petite éponge de vinaigre et il l'introduit dans la cavité utérine à l'aide d'une pince ou du porte-éponge. L'hémorrhagie cesse aussitôt et il est rarement nécessaire de renouveler l'application de cet hémostatique.

Le Dr White, de Buffalo, n'admet pas comme le Dr Wilson que l'inertie utérine soit la principale cause des hémorrhagies *post-partum*. En ce qui concerne l'emploi du vinaigre comme hémostatique il demande à faire quelques réserves ; il ne pense pas que cet agent ait des propriétés coagulantes comparables à celles du perchlorure de fer.

Le Dr Gaillard-Thomas, de New-York, croit également que l'inertie utérine n'est pas la cause principale des hémorrhagies et que celles-ci reconnaissent plutôt pour causes les manœuvres pratiquées sur l'utérus pendant et après l'accouchement. Quant au nouvel hémostatique proposé par M. Penrose, il a certainement quelque valeur, mais il ne faudrait pas le considérer comme un spécifique. Il agit probablement par l'irritation locale qu'il détermine en provoquant les contractions utérines. *(A suivre).*

Dr Lutaud.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 3 juillet 1878.

Le Dr Edis présente de la part du Dr Robert Barnes, la **dernière modification que le professeur Tarnier a fait à son forceps**, en divisant en deux parties les branches de traction.

Le Dr Edis lit une note sur un cas de **double kyste ovarien avec tumeur fibroïde de l'utérus compliquée d'ascite.** — La malade, âgée de 58 ans, avait eu des hémorrhagies dues à la présence de fibroïdes, depuis 1871. Dernièrement, l'abdomen s'était beaucoup élargi. Le vagin était rempli par une masse située derrière l'utérus. Le 10 mai, le Dr Hall-Daris a fait la ponction de l'abdomen, 5 litres 1/2 d'un liquide brun ont été retirés.

Le 19. La malade est morte subitement.

A l'*autopsie*, on trouva les intestins adhérents dans la partie supérieure du péritoine, qui contenait environ 10 litres d'un liquide albumineux. Un large kyste de l'ovaire gauche, remplissait la région iliaque gauche, contenait un liquide à peu près noir. Le fond de l'utérus contenait quelques tumeurs fibroïdes interstitielles. Dans la poche de Douglas il y avait une autre tumeur qui prenait naissance sur l'ovaire droit.

Le Dr Heywood-Smith présente une **pince pour l'extraction de l'œuf** dont les fenêtres sont longitudinales afin de faciliter l'introduction de l'instrument dans l'utérus.

Le Dr John Williams communique une note **sur les changements qui se produisent dans l'utérus pendant la gestation, et leur valeur au point de vue medico-légal.** — D'après M. Williams, les artères de l'utérus se dilatent pendant la gestation aussi bien que les tissus musculeux. Les parois des artères s'hypertrophient. Après la parturition, leur calibre revient à peu près aux dimensions ordinaires, mais il paraît que l'involution ne porte pas sur les artères autant que sur les autres tissus de l'utérus.

Dans une coupe microscopique d'un utérus qui avait subi l'involution, les artères faisaient saillie sur le tissu environnant; elles présentaient des parois épaisses jaunâtres, plus opaques que les autres tissus, et leur orifice restait béant. Autour des artères, le tissu connectif était hypertrophié. La couche musculaire de l'artère était épaissie, et la paroi interne considérablement plus épaisse qu'à l'or-

dinaire. De plus, les vaisseaux semblaient être plus nombreux que dans l'utérus vierge. Ces lésions furent constatées quinze années après l'accouchement.

Le Dr WILLIAMS n'a jamais observé ces changements après aucune maladie ni dans un utérus vierge. Il croit que l'état des artères utérines offre des caractères très-importants qui permettent de reconnaître si l'utérus est nullipare ou multipare.

En ce qui concerne les veines; l'auteur a constaté, un an après un accouchement, une certaine épaisseur des parois des sinus. Mais le tissu connectif qu'on observait dans ces cas ne persistait pas pendant plus d'une année.

Le Dr WEST pense que le mémoire du Dr Williams présente une importance réelle en médecine légale.

Le Dr SAVAGE demande au Dr Williams si les signes qu'il vient de décrire constituent une preuve certaine en faveur de la multiparité de l'utérus.

Le Dr WILLIAMS répond qu'il regarde les signes qu'il vient de décrire comme spéciaux surtout en ce qui concerne les veines. Pour les artères, il pense que les recherches doivent encore être poussées plus loin.

Le Dr GALABIN présente un **pessaire-levier pour les cas de prolapsus** qui n'admettent ni le pessaire de Hodge ni l'anneau ordinaire en caoutchouc. Ce pessaire est cylindrique à sa partie antérieure. Son principal avantage réside en ce que cette partie cylindrique fait une espèce de poche dans la paroi antérieure du vagin bien au-dessus du pubis.

Le Dr PLAYFAIR présente au nom de M. le Dr GAILLARD THOMAS, de New-York, le modèle d'un **lit en caoutchouc** sur lequel on peut pratiquer les irrigations d'eau froide pour abaisser le température après l'ovariotomie. Ce lit a été imaginé par le Dr Kibbee. Le Dr Thomas s'en est déjà servi dans 8 cas, et il a toujours obtenu un abaissement de la température.

Le Dr BREWER communique une note sur un **cas de travail compliqué d'un kyste ovarien.** — La malade, âgée de 33 ans, avait déjà eu deux accouchements. Le premier a été naturel, dans le second, on a eu recours à la crâniotomie.

Pendant l'examen pratiqué quelques heures après le commencement du travail, le doigt a rencontré quelque chose qui ressemblait à une poche des eaux contenues dans des membranes très-résistantes. Le

doigt pénétrait en avant et arrivait sur la tête du fœtus. Avec un autre doigt introduit dans le rectum on put reconnaître que la tumeur était située entre le vagin et le rectum et que le kyste était ovarien. Une heure apres, on constatait un écoulement subit de liquide et on ne pouvait plus trouver le kyste. Après la délivrance, on constata une lacération dans la paroi postérieure du vagin.

Douze jours après l'accouchement, M. Brewer pénétra dans une cavité en pratiquant le toucher vaginal et une quantité de pus s'échappa subitement de cette cavité. Quelques jours plus tard, on constata que les parois du kyste ovarien avaient été rejetées par le vagin.

La malade entra en convalescence et guérit parfaitement.

PANCOURT BARNES.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine chez la femme en travail, par le Dr PINARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris (1).

La *véritable anesthésie* obtenue par le chloroforme et appliquée à l'obstétrique commence à être bien connue, soit dans les accouchements dangereux nécessitant des opérations, soit dans des cas de parturitions spontanées, mais entravées ou compliquées par des accidents divers justiciables de l'anesthésie. Ses applications ont été répétées déjà un très-grand nombre de fois aujourd'hui, et sauf quelques cas, que l'avenir montrera peut-être comme heureusement influencés par le chloroforme, nous avons le droit de dire : La *véritable* anesthésie est bien connue.

Mais sous ce nom d'anesthésie obstétricale, sous ce nom d'accouchement au chloroforme, s'abrite une pratique particulière qui n'a de l'anesthésie que le mot, suffisant, il est vrai, pour faire espérer au public ignorant, un accouchement sans douleur et sans danger.

Cette pratique, la *demi-anesthésie*, *l'hypesthésie*, *l'analgésie* (car ses partisans ne s'entendent guère mieux sur le nom que sur la chose,

(1) Thèse d'agrégation. Paris, 1878.

ainsi qu'on l'a démontré dans ce journal et ailleurs), cette pratique avait besoin d'être publiquement et contradictoirement jugée.

Les membres du jury d'agrégation voulurent bien consentir à laisser déposer dans l'urne, pour l'épreuve des thèses, la question du chloroforme appliqué à l'obstétrique.

Le hasard a quelquefois de l'esprit.

La question tomba sur le candidat placé à l'unanimité en première ligne dans toutes ses épreuves.

Nous disons la question tomba sur le candidat et non le candidat tomba sur la question, car représenter M. Pinard comme transporté d'une joie sans mélange à la vue de son lot, serait peut-être exagérer un peu le sentiment qu'il éprouva, mais en homme intelligent et énergique qu'il est, il en prit bientôt résolument son parti, se mit sur le champ en mesure d'expérimenter, et il en résulta pour l'obstétrique, la bonne fortune d'un travail consciencieux et des plus intéressants.

L'auteur de la thèse sur le chloroforme trouva (et combien nous sommes heureux de le constater sans en être surpris) en notre distingué et savant ami commun, M. Tarnier, un de ces hommes libéraux, trop rares chez nous hélas! qui lui ouvrit son service d'accouchement et M. Pinard put commencer ses observations.

Assisté par des témoins, les uns impartiaux ou indifférents, les autres déjà presque gagnés au « sans douleur », l'auteur de la thèse dont on va lire les conclusions se contenta de relater fidèlement ce qu'il observait, en se plaçant exactement dans les conditions d'expérimentation formulées par les partisans du chloroforme à la reine.

Bien que le caractère de M. Pinard soit connu, comme nous avions nous même depuis plusieurs années, livré plus d'un assaut à la prétendue *demi-anesthésie*, comme, de plus, nous nous trouvions être le juge de M. Pinard, nous dûmes, pour qu'il ne se trouvât pas gêné, pour le mettre tout à fait à son aise dans ses conclusions, lui déclarer, par écrit, qu'il n'eut point à se préoccuper du concours, où d'ailleurs sa place était marquée, « notre but à tous, disait la lettre qu'on trouvera dans son travail, est la recherche de la vérité. Si vos observations prouvent mon erreur dites-le hautement et hardiment, je serai le premier à la reconnaître et à vous remercier. »

Nous avons soutenu, longtemps avant Cl. Bernard qui l'a confirmé chez les animaux, premièrement : que l'anesthésie, *par le chloroforme en inhalations*, est toujours précédée de la perte de la conscience,

c'est-à-dire qu'il est impossible avec cet agent, d'empêcher les femmes de percevoir les douleurs de l'accouchement alors qu'elles conservent 1° leur intelligence, 2° leur volonté pour obéir à l'accoucheur, deuxièmement : que même le sommeil chloroformique n'est pas encore l'anesthésie, puisque le sommeil (déjà confinant au danger) permet aux femmes de percevoir la douleur, de crier, de se débattre, de manifester enfin qu'elles souffrent. Voilà ce que nous avons soutenu.

Prenant ses observations, *contraction par contraction*, écrivant sous la dictée des femmes, pour ainsi dire, l'expression même de leurs sensations, M. Pinard est arrivé aux principales conclusions suivantes :

Chez 21 primares soumises aux inhalations de chloroforme :

« 1° Le chloroforme a été donné à doses fractionnées (chloroforme à la reine), soit au début de chaque contraction, soit dans l'intervalle des contractions seulement, soit pendant la période de dilatation seule, soit pendant les deux.

« 2° Le chloroforme a été donné à doses massives, soit pendant la période de dilatation seule, soit pendant la période d'expulsion seule, soit pendant les deux.

« *A*. Dès les premières inhalations et quand les parturientes souffraient, dans l'intervalle des contractions, dans tous les cas, quelle qu'ait été la période du travail, un calme subit et parfait fut observé : *mais douleur aussi vive au moment de la contraction* (Soulagement initial de Campbell, action antispasmodique de Courty, Pajot, Tarnier).

« *B. La douleur, au moment de la contraction. ne disparut jamais entièrement avant la perte complète de l'intelligence et de la sensibilité cutanée.*

Tant que les femmes purent nous répondre, elles accusèrent toutes, au moment de la contraction, une douleur qui leur paraissait peu ou point diminuée, mais qui pour quelques-unes était moins longue (la contraction durait également moins longtemps).

« *C*. Chez quelques femmes qui naturellement n'éprouvaient aucune douleur dans l'intervalle des contractions, le chloroforme, même donné à doses légères, provoqua l'excitation physique et morale.

Chez deux femmes, l'excitation fut telle que nous dûmes nous arrêter. Et cependant le chloroforme avait été accepté avec reconnaissance.

« *D*. Dans les cas où nous avons donné le chloroforme à doses mas-

sives, la douleur disparaissait avant la résolution musculaire. Les femmes ne répondaient plus, ne sentaient nullement le pincement de la peau ; mais au moment de la contraction, sans que le visage offrît la moindre anxiété, des mouvements réflexes partiels ou du corps tout entier se montraient, et il fallait les maintenir à ce moment à deux ou trois.

« *E.* Enfin, chez des femmes dont les contractions étaient énergiques et les douleurs très-vives, l'anesthésie complète fut obtenue avec la plus grande difficulté, et il était très-difficile de les maintenir anesthésiées. Chaque contraction semblait épuiser l'action du chloroforme. La pupille, très-contractée avant, se dilatait vers la fin de la contraction, en même temps qu'on voyait rapidement disparaître la sensibilité cutanée et l'intelligence. Si, dans le cours de nos recherches, nous avons vu les femmes souffrir très-peu sous l'influence du chloroforme, il faut reconnaître qu'avant les inhalations, les douleurs étaient également peu marquées. *Quant à l'analgésie complète avec conservation de l'intelligence et de la sensibilité cutanée*, qui a été *signalée* par les chirurgiens, et qui serait la règle pour certains accoucheurs, elle doit, suivant nous, être exceptionnelle ; car nous n'avons pu l'observer une seule fois dans les 23 faits que je rapporte.

« Chez quelques parturientes, dès que le chloroforme commence à atteindre l'intelligence, une loquacité extraordinaire se montre, et souvent probablement, parce que c'est là leur idée fixe, elles font aux personnes qui les entourent les confidences les plus intimes et les plus inattendues. Quelques pauvres filles que nous observions, lançaient à haute voix le nom du père de l'enfant, racontaient la durée et la nature de leurs relations, etc., etc. Ce sont bien plus ces indiscrétions que des manifestations immorales qui sont dans certains cas à redouter.

« Comme l'analgésie ne continuait à se montrer qu'avec l'anesthésie, je songeai que peut-être la compresse était impuissante, et je me procurai un appareil du Dr Legroux ; 3 femmes seulement voulurent bien consentir à respirer du chloroforme à l'aide de cet appareil, 2 pendant tout le temps de l'inhalation, sans en retirer, il faut le reconnaître, plus de profit que les autres.

Quant à la troisième, après l'avoir accepté pendant quelques instants, elle le saisit au moment d'une de ses contractions et me l'envoya à la figure. Je ne le proposai plus. »

Voilà les faits.

Notre génération, à nous, a vu ce qu'aucune génération future ne sera appelée à voir. Le tiers ou la moitié, selon notre âge, de notre éducation obstétricale s'est faite *avant* la découverte de l'anesthésie. Nos anciens donnaient l'éther sous toutes les formes, sans doute, dans les divers états nerveux, mais sous le nom d'antispasmodique, ils n'avaient ni l'idée ni la prétention de faire de l'anesthésie. Donc, ceux de mon âge ont vu donner et ont donné *mal* et *incomplètement* le chloroforme pendant plusieurs années, car nous avions grand'peur et nous avons appris ainsi ce que pouvait produire un mode d'administration et des doses illusoires. Plus tard, plus confiants, nous l'avons donné hardiment, mais toujours avec toutes les précautions connues, et nous avons pu comparer les différences, entre une insensibilité réelle et un simulacre d'anesthésie, dont les prétentions étaient de supprimer la douleur en conservant l'intelligence et la motilité volontaire.

Qu'on obtienne, par un procédé *local*, l'insensibilité génitale en conservant l'intégrité des facultés intellectuelles. Les faits sont là et le raisonnement n'y contredit point.

Qu'il existe une substance qui, même introduite par la respiration ou la circulation, présente une action *élective* sur la sensibilité de l'appareil reproducteur, en respectant sa contractilité, tout inconnue qu'elle soit aujourd'hui, imprudent au moins, serait l'homme osant nier la possibilité de découvrir cette substance.

Excitateur de la fibre lisse, l'ergot agit sur la contractilité sans toucher à la sensibilité. L'agent de rôle inverse existe peut-être.

Mais avec le chloroforme en inhalations, la preuve est faite.

Avec le chloroforme, on n'obtient l'insensibilité à la douleur qu'après la perte du *moi* d'après Cl. Bernard.

Nous avions formulé la même conclusion chez les femmes en travail, il y a longtemps.

Il restera à M. Pinard, l'honneur d'une démonstration probante, basée sur des observations minutieusement prises et qui ne laissent rien à désirer, aux points de vue du savoir obstétrical nécessaire, de l'authenticité, du contrôle et de la vérité.

Nous avons été personnellement heureux de voir confirmer ce que nous enseignons à la Faculté depuis des années.

1° Le chloroforme à la reine supprime la douleur, seulement quand elle n'existe pas.

2° L'espérance de conserver l'*intelligence* et la *volonté* pendant l'*anesthésie* ou l'*analgésie* obtenues par les inhalations de chloroforme est une pure illusion contraire à l'expérience et à l'observation.

3° Pour obtenir l'anesthésie, par inhalations, dans les accouchements, *il faut dépasser le sommeil et cotoyer le danger.*

Cette question dominante dans le travail de M. Pinard a été étudiée avec de grands développements.

L'auteur, dans un exposé très-net, à décrit l'état actuel de la science dans les questions de l'anesthésie mixte, du chloral, de l'opium et de la morphine.

Nous engageons nos lecteurs à lire la thèse de M. Pinard. Nous sommes certains qu'elle les intéressera.

Professeur Pajot.

Lehrbuch der Geburtshülfe für Aertze und Studirende (Traité d'accouchements à l'usage des médecins et des étudiants), par le Dr Otto Spiegelberg, professeur ordinaire de médecine et directeur de la clinique et de la policlinique gynécologique à l'Université de Breslau.—Lahr, verlag von Moritz Schauenburg 1877-78, deux parties formant ensemble 874 pages gr. in-8, avec 144 gravures sur bois et lithographies.

Au mois d'août dernier, j'ai annoncé la première partie de cet ouvrage considérable dans les *Annales de gynécologie* et si je viens aujourd'hui rendre compte de l'ouvrage tout entier, cela tient, je m'empresse de le dire, à des circonstances tout à fait indépendantes de ma volonté. Le lecteur me dispensera de lui en donner les raisons : qu'il lui suffise de savoir que l'auteur a tenu toutes ses promesses et que la seconde partie est à la hauteur de sa devancière. En d'autres termes, l'ouvrage est un et depuis la première jusqu'à la dernière page, poursuit les mêmes tendances et manifeste les mêmes desseins. A l'inverse de ce qui se voit trop souvent, de ce qui est passé dans les habitudes scientifiques, ce traité n'est point une série de monographies reliées entre elles par quelques articles écourtés, mais une suite de résumés convergeant à donner une idée nette et complète de la matière. En d'autres termes, aucune partie n'est sacrifiée au développement d'un point particulier; tous les articles sont au contraire également soignés, seulement suivant le cas, ils ont reçu un

développement plus ou moins considérable en proportion avec leur importance pratique.

La distribution des matières ne diffère pas sensiblement de celle qui est généralement adoptée : pourtant elle offre quelques modifications qui ne sont pas sans valeur. Pour en donner une idée, voici les divisions principales. La 1re section comprend l'étude du bassin et des parties sexuelles ; la seconde, la physiologie et la diététique des phénomènes puerpéraux, c'est-à-dire de la grossesse, de l'accouchement et des couches ; la troisième, la pathologie et la thérapeutique des phénomènes puerpéraux, c'est-à-dire les maladies de la grossesse, les anomalies de l'accouchement et la pathologie des couches ; la quatrième renferme l'exposé des diverses opérations obstétricales. Naturellement ces sections ont un développement proportionné au sujet qu'elles traitent ; la première est la plus courte, tandis que la troisième occupe à elle seule plus de cinq cents pages. Pour le dire en passant, nous regrettons que M. Spiegelberg n'ait pas consacré une section particulière aux soins qui doivent être administrés à l'enfant pendant le travail et après la délivrance, car les quelques pages afférentes à ce sujet sont tout à fait insuffisantes et offent de trop nombreuses lacunes. Quoi qu'il en soit de la valeur de cette critique, la distribution des matières est généralement digne d'éloges.

Cet ouvrage se recommande également par la concision de la forme et la clarté de l'exposition. La phrase généralement courte est facile à saisir ; elle est exceptionnellement obscure et même alors elle ne ressemble en rien à certaines phrases qu'on regrette de trouver dans les travaux de Schatz, le jeune professeur de Rostock. Au reste pour donner une idée de la manière de faire de Spiegelberg et faire connaître la méthode qu'il suit dans son expositien, nous donnons à titre de specimen la traduction du paragraphe consacré au *placenta prævia*. On sera par là à même d'apprécier la sincérité de nos éloges et le bien fondé de notre jugement.

« Le placenta est prævia » le placenta se présente quand une partie plus ou moins considérable de celui-ci est insérée sur la partie du segment inférieur de l'utérus qui est soumise à la dilatation pendant le travail de l'accouchement. Le cas peut être divers : tantôt le placenta couvrant symétriquement cette surface forme un cercle autour du méat interne et envoie sur lui un lobe de grandeur variable ; tantôt il atteint au méat par son bord ou le franchit par un lambeau de 2 à 3 centimètres de largeur ; tantôt enfin il repose sur la surface

soumise à la dilatation sans arriver jusqu'au méat interne. Suivant les divers degrés de présentation, on dit que le placenta prævia est central, latéral ou à insertion plus basse que d'habitude.

La partie inférieure de la cavité utérine peut être considérée comme le segment d'un hémisphère que le travail de l'accouchement par l'ouverture du méat interne et la dilatation de son pourtour a transformé en un tube cylindrique. En conséquence la partie la plus inférieure de l'utérus se dilate pendant la première période dans le sens transversal et le placenta quand il est inséré sur celle-ci est détaché par le fait même de la dilatation, tandis que lorsqu'il a son insertion normale il est décollé par le rapetissement de sa surface d'implantation. Sans doute, il existe simultanément dans cette partie un raccourcissement longitudinal, c'est-à-dire dans la direction de l'axe utérin, mais celui-ci peu marqué dans les premières phases du travail, a en somme une médiocre importance sur les attaches placentaires. Cette rétraction longitudinale a seulement pour but d'abaisser la partie du placenta décollé et de la rendre plus appréciable au doigt introduit dans le méat. Pareil fait a été semblablement observé dans plusieurs cas d'hydramnios dans lesquels le placenta inséré normalement peut être décollé prématurément par le fait de la dilatation.

La dilatation du segment inférieur de l'utérus a son maximum aux endroits qui se trouvent à angle droit avec l'axe de l'organe, c'est-à-dire au voisinage du méat interne, et son minimum aux endroits qui plus haut placés sont presque parallèles avec l'axe de l'utérus. Cette parallèle mesurée du milieu du méat interne commence à une distance de 6 centimètres ou de 4, si on fait abstraction des courbures. Un cercle placé transversalement à travers l'utérus au niveau de cette limite a 11 centimètres de diamètre et est tout juste suffisant pour donner passage au fœtus. En conséquence c'est à 6 centimètres au-dessus du méat interne que doivent cesser les effets de la dilatation. Partant le placenta est prævia quand il descend en tout ou en partie dans ce segment et son décollement est le résultat nécessaire de la dilatation survenue pendant le travail : il est physiologique au même titre que celui qui s'effectue dans l'insertion normale par le raccourcissement de la surface d'implantation seulement, tandis que, dans le dernier cas, la contraction arrête l'hémorrhagie qui succède au décollement, la dilatation n'a point ici de semblables effets ; l'hémorrhagie persiste et constitue la gravité du placenta prævia.

Les causes les plus essentielles de l'hémorrhagie sont avec l'ouver-

ture des sinus utérins sur la surface d'attache de l'arrière-faix, celle des vaisseaux placentaires et des artères utérines ; cependant les artères ne tardent pas à se contracter et à se fermer aussitôt après leur déchirure. Au moment où le placenta se détache, un jet de sang peut jaillir des vaisseaux placentaires comme des grands espaces caverneux, mais il est de courte durée et cesse par la formation des caillots.

Les *causes* du placenta prævia sont inconnues. Nous savons seulement que les multipares forment le plus grand contingent, que la succession rapide des accouchements y prédispose en général (en élargissant la cavité utérine et l'ostium de la trompe), que les avortements antérieurs ne sont pas sans signification, et que cet accident s'observe surtout chez les classes pauvres, peut-être par suite d'un travail pénible au commencement de la grossesse et encore plus par le fait d'une subinvolution de l'utérus très-fréquente dans ces conditions. Les récidives ont été observées (moi-même en ai vu un cas) ainsi que la coïncidence avec les jumeaux. Ingleby a vu deux cas dans lesquels les trompes s'inséraient non loin du col et dont l'une des deux femmes eut trois et l'autre dix (!) placentas prævias. Enfin, dans quelques observations (Kuneke Mon. f. Geb., t. XIII, p. 344 ; Schuchardt, id., t. XXI, p. 380, Hecker Klin. d. Geb., t. II, p. 108), la formation anormale de l'arrière-faix et en particulier un placenta surnuméraire comme je l'ai vu moi-même une fois, paraissent avoir causé cette insertion.

Le placenta prævia est du reste beaucoup plus rare qu'on ne l'admet communément d'après le dépouillement des comptes-rendus statistiques des maternités, et les accidents pathologiques qu'il provoque expliquent cette augmentation. D'après Schwarz (Mon. f. Geb. 1856, t. VIII, p. 108) qui a fait le dépouillement de la statistique de la Hesse-Electorale, on l'aurait observé 332 fois sur 519,328 accouchements, soit une fois pour 1564 ; dans le duché de Bade on l'aurait observé 62 fois sur 52,792 accouchements (21,000 Schwörer, 11,000 Hégar 20,792 moi) ; c'est-à-dire une fois sur 852. On doit en conséquence en conclure que sa fréquence est comme 1 : (est à) 1000, car dans les documents provenant de la Hesse-Electorale ne figurent que les cas observés par les médecins. On ne doit pas oublier non plus que plusieurs cas pouvant se terminer par l'avortement restent tout à fait ignorés. Enfin il est à noter que le dixième des cas est fourni par les primipares. »

Dans les paragraphes suivants, Spiegelberg étudie la marche de

l'insertion vicieuse du placenta et montre les conséquences qu'elle entraîne comme la prédisposition à l'avortement et à l'accouchement prématuré. Il décrit ensuite le caractère des hémorrhagies qu'elle amène, la manière d'être des contractions utérines, les présentations du fœtus, et expose en terminant le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de cet accident si redoutable. Pour donner une idée de ce dernier paragraphe, nous le traduisons à peu près textuellement, car il trace d'une façon remarquable la conduite à suivre en pareille occurrence.

« L'hémorrhagie est-elle médiocre avec ou sans contractions marquées, l'expectation est la règle et cette conduite est d'autant plus rationnelle que le diagnostic n'est pas en général tout à fait sûr. On appelle seulement l'attention de la malade et de son entourage sur cette circonstance, et on leur recommande d'appeler du secours à la première venue d'un symptôme alarmant.

L'hémorrhagie persiste-t-elle ou devient-elle profuse on doit intervenir et *chercher par la version et l'extraction à terminer l'accouchement aussi rapidement que possible.* L'accouchement hâtif offre aussi les meilleures chances pour l'enfant, et quoiqu'il n'ait pas encore besoin d'oxygène extérieur, il est alors moins exposé à l'asphyxie. La délivrance est souvent extraordinairement prompte, même lorsque le col paraît médiocrement canalisé, par suite de sa grande mollesse et du médiocre développement des muscles du segment inférieur de l'utérus d'autant qu'on a le plus souvent affaire à des multipares. On ne reculera pas devant le mot d'*accouchement forcé*, car l'expérience apprend qu'il est peu violent. La dilatation avec la main, du méat jusqu'à 5 cent. 1/2 et même 6 cent. 1/2 de diamètre (il vaut mieux s'en passer, car dans la grande majorité des cas elle n'est pas nécessaire. Duncan), a souvent un résultat tout à fait inattendu et doit pour cette raison même être faite avec la plus grande rapidité. Au besoin on peut la favoriser par une incision bilatérale de 2 cent. à travers le bord cervical car on ne rencontre jamais là l'insertion placentaire. Mais on ne doit pas oublier qu'au moment où les doigts décollent le placenta, une forte hémorrhagie peut se déclarer et nécessiter la fin de l'entreprise, aussi on doit au préalable préparer le lit, etc. Le choix de la main est indifférent ou plutôt on doit employer celle qui permet d'arriver le plus vite aux pieds dont la situation doit toujours être exactement déterminée ; quelle que soit la main, elle doit être portée vers la partie la plus accessible du placenta, l'explorer en

tous sens mais rapidement sans se laisser effrayer ni intimider par l'hémorrhagie. Enfin la main a-t-elle pénétré dans la cavité utérine, l'avant-bras fait tampon et l'hémorrhagie s'arrête ordinairement.

L'extraction doit être faite avec lenteur et sans précipitation. Le pouls fœtal le permet-il, on confie aux douleurs expulsives le soin de chasser le corps jusqu'au nombril, on soutient les parties et pousse le reste par *expression*. Le fœtus est-il mort, on se borne aux manipulations les plus douces et les plus indispensables. Cette conduite est commandée par l'état de la parturiente qui par suite de l'excessive hémorrhagie des vaisseaux hypogastriques est atteinte d'anémie et en particulier d'anémie cérébrale.

Les résultats donnés par les accouchements hâtifs sont extraordinairement satisfaisants. Hofman (*Prag. Vierteljahr*, 1860, t. III, p. 98) a perdu par anémie aiguë 2 femmes sur 33 = 6 0/0, Hecker 3 sur 40 = 7,5 0/0 et 4,3 0/0 sur les 70 cas qu'il a colligés, enfin moi-même 4 sur 74, soit 5,4 0/0. La mortalité générale due à des maladies intercurrentes ou consécutives a été pour moi de 16 0/0, résultat réellement satisfaisant comparé à la mortalité relatée au paragraphe 393 (1).

Le cervix est-il insuffisamment dilatable au point de rendre impossible l'accouchement immédiat, on doit *tamponner* non pas avec la pression que produit la vessie de caoutchouc, mais de la façon indiquée au § 380. Le tamponnement ainsi fait occasionne une diminution relative de la pression des vaisseaux utérins et favorise au-dessus de lui la coagulation du sang. En même temps il provoque et fortifie les contractions et prépare le col à une prompte intervention. On peut encore fortifier ce tamponnement vaginal par une éponge préparée, engagée au milieu du méat et dont la force excentrique et expulsive est d'une si grande utilité, mais aussitôt après avoir retiré le tampon, on doit agir immédiatement.

Il peut se présenter des cas très-fâcheux dans lesquels par suite de l'écoulement prématuré des eaux et de l'impossibilité de l'accouchement hâtif, le tamponnement laisse se produire une hémorrhagie interne qui prend la place des eaux écoulées. Heureusement la sortie prématurée des eaux ne s'observe que dans les insertions latérales du placenta, mais néanmoins l'hémorrhagie peut être encore sérieuse. En conséquence on laissera peu de temps en place le tampon du col et du vagin, on comprimera extérieurement l'utérus et on surveillera

(1) Cette mortalité est en moyenne de 25 0/0.

soigneusement le développement, et dès qu'on le pourra, on finira l'accouchement. »

Après avoir discuté successivement la version par manœuvres externes de Braxton Hicks, le tamponnement par le rectum, la rupture artificielle de la poche des eaux dans la présentation de la tête, Spiegelberg juge de la façon suivante le décollement partiel ou total du placenta avant la sortie de l'enfant.

« Le décollement tant préconisé par Simpson est fondé sur ce fait qu'après le décollement total du placenta survenu naturellement, l'hémorrhagie s'arrête fréquemment suivant toute vraisemblance parce que la surface saignante subit les effets de la contraction musculaire. Pourtant l'hémostase n'a pas toujours lieu et fait fréquemment défaut dans le décollement artificiel parce qu'alors le muscle utérin est souvent paralysé. On ne doit pas oublier non plus qu'un tel détachement est pénible à réaliser et demande du temps, que pendant la manipulation beaucoup de sang s'échappe, que la surface sanglante s'agrandit plus qu'il n'est nécessaire et surtout que d'avance l'enfant est sacrifié. Vu la continuité de l'hémorrhagie produite par un pareil décollement, on est forcé d'accoucher et cela dans de très-mauvaises conditions.

Le décollement partiel du plus petit lobe avec l'ouverture consécutive de la poche des eaux, recommandé par Credé, Cohen, Barnes, mérite en partie les critiques précédentes : il augmente avant le temps la surface cruentée, alors que la sortie des eaux retarde la venue de contractions énergiques.

La perforation du placenta avec la main suivie de la version et de l'extraction (Merriman, Lowenhardt), l'emploi des irrigations froides sur la surface saignante après l'extirpation des parties du placenta les plus rapprochées du méat interne (Seyfert), l'écrasement du placenta (Pfeiffer) sont des méthodes qui ont un intérêt simplement historique.

§ 398. Quant aux malades qui ont déjà perdu beaucoup de sang et qui sont extrêmement anémiques au moment de l'arrivée de l'accoucheur, elles doivent être accouchées après avoir pris en considération leur état d'anémie et de collapsus. Si l'hémorrhagie existante ne réclame pas une intervention immédiate, on commence par relever les forces à l'aide de quelques reconstituants, puis on procède à l'accouchement avec lenteur. Pour ne pas avoir à remuer la malade on opère dans le lit où elle se trouve placée, on s'abstient du chloroforme, qui,

vu l'extrême épuisement, peut rendre le collapsus mortel et provoquer une embolie pulmonaire.

Après la terminaison de l'accouchement, on se comporte comme à l'ordinaire mais surtout dans les cas de placenta prævia à insertion præcervicale, on surveille plus soigneusement encore l'état de l'utérus. A raison de l'adhérence fréquente de quelques lobes placentaires, l'extraction de ceux-ci est souvent nécessaire. Après y avoir procédé, on entoure le ventre d'un bandage serré pour favoriser la bonne rétraction de l'utérus. L'hémorrhagie survient-elle par suite de la médiocre contractilité ou de l'atonie complète des points où se trouvait implanté le placenta, on fait des irrigations d'eau froide ou vinaigrée, des injections avec la teinture d'iode étendue ou même de sesquichlorure de fer : dans les cas qui le nécessitent, on tamponne le col et le fond du vagin et simultanément avec la main, et plus tard à l'aide de compresses et de bandes, on s'oppose à l'ascension de l'utérus et on cherche à en favoriser la contraction. A l'aide de cette pression combinée à l'application directe des styptiques, on se rend maître du sang et arrête définitivement l'hémorrhagie.

Quant à l'anémie aiguë et à la grande faiblesse qui surviennent pendant et après la parturition, elles exigent un traitement qui sera exposé un peu plus loin. »

On me pardonnera de m'être attardé à traduire ce chapitre, mais il m'a paru si pratique que j'ai en le lisant oublié son étendue. Ce n'est pas du reste le seul qui offre cette qualité, mais l'ouvrage tout entier qui, d'un bout à l'autre, reproduit l'enseignement éclairé du professeur de Breslau. A mon sens, c'est là le but auquel devraient viser les ouvrages de ce genre, mais si tous les auteurs affichent dans leur préface la prétention d'être pratiques, bien peu, même parmi les plus hauts placés, suivent rigoureusement ce programme. La perfection en ce sens reste un idéal vers lequel tout le monde tend sans jamais pouvoir y atteindre. Evidemment Spiegelberg a de temps à autre abordé le champ des hypothèses, mais il a eu la sagesse de ne point s'y oublier. C'est par là que son livre se distingue de ceux qui l'ont précédé et c'est pourquoi je n'hésite pas à prédire à son œuvre un véritable succès.

Dr A. Puech,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

VARIÉTÉS

Rapport présenté par M. Bourneville, au nom de la quatrième Commission du Conseil municipal de Paris (1), sur un projet de vœu relatif à une nouvelle organisation du service des accouchements dans les hôpitaux. (Annexe au procès-verbal de la séance du 11 avril 1878.)

Messieurs,

Au mois de mai dernier, nous avons déposé un vœu pour demander à l'administration de l'Assistance publique 1° d'instituer des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices; 2° de confier ces services à des médecins accoucheurs, de même que les services de médecine sont confiés à des médecins et les services de chirurgie à des chirurgiens; 3° de nommer les médecins accoucheurs à la suite d'un concours imposant des connaissances générales et spéciales.

Ce vœu a été signé par MM. Asseline, Cadet, Clavel, Collin, Fr. Combes, Dubois, de Hérédia, Lafond, Lamouroux, Lauth, Level, Levraud, Loiseau, Georges Martin, Métivier, Réty, Sigismond Lacroix.

Pour justifier ce vœu et mettre en relief l'utilité de la réforme que nous désirons vous voir demander à l'Administration, nous devons exposer la situation des services d'accouchements tels qu'ils sont constitués aujourd'hui dans nos hôpitaux.

Outre la Maternité, consacrée exclusivement aux femmes en couches, il existe des services de nourrices et des services de femmes en couches dans les établissements hospitaliers qui suivent :

(1) Cette commission est composée de MM. Harant, Lafont, Bourneville, Combes, Hovelacque, Lauth, Level, Loiseau, Prétet, Thulié,

Hôpitaux.	Services d'accouchements.		Services de nourrices.	
	Lits.	Berceaux.	Lits.	Berceaux.
Pitié............	17	17	7	7
Charité..........	18	18	14	14
Temporaire.......	»	»	23	23
Saint-Antoine.....	2	2	17	17
Necker...........	6	6	12	12
Cochin...........	48	44	»	»
Beaujon..........	16	16	»	»
Lariboisière.......	28	28	8	8
Saint-Louis.......	28	30	»	»
Lourcine..........	18	18	6	6
Clinique..........	60	44	»	»

Sauf une partie de la Maternité et la maternité de Cochin qui sont confiées à des chirurgiens, dont le premier est l'un des accoucheurs les plus distingués de Paris; sauf aussi le service d'accouchements de l'hôpital des Cliniques, qui est dirigé par le professeur de clinique obstétricale de la Faculté de médecine, toutes les autres salles d'accouchements ont à leur tête des médecins ordinaires des hôpitaux. Vous connaissez tous la réputation méritée qu'ils possèdent et les services qu'ils rendent. Or, ceux d'entre eux qui sont chargés de la salle d'accouchements ont, en général, une salle de femmes et une salle d'hommes affectés de maladies aiguës. C'est par celles-ci qu'ils commencent leur visite; c'est à ces malades qu'ils consacrent forcément la plus grande partie de leur temps. Aussi ne peuvent-ils faire, le plus souvent, qu'une courte apparition dans la salle des femmes en couches. Quelques-uns, il est vrai, qui ne sont plus spécialisés, font exception et s'occupent activement des femmes en couches.

L'inconvénient déjà sérieux, qui résulte de ces visites imparfaites, n'est pas le seul. Lorsqu'il s'agit d'accouchements naturels, les internes suffisent parfaitement à la tâche, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'accouchements nécessitant de graves opérations. Alors l'interne prévient le directeur qu'il y a lieu de faire appeler un chirurgien spécial. Deux chirurgiens des hôpitaux sont d'ordinaire désignés pour ce service exceptionnel. Un commissionnaire se rend chez le chirurgien le plus voisin, et, s'il ne le trouve pas, chez le second.

De là un retard; mais s'il ne rencontre pas ce dernier, on est obligé d'attendre, et, en pareille circonstance, c'est chose grave. Une intervention en temps utile aurait pu sauver deux existences; une opération tardive échoue bien souvent.

Nous ne voulons pas nous appesantir davantage ni citer des faits. Cette simple indication suffira pour vous faire comprendre, Messieurs, les inconvénients de l'organisation actuelle.

Le service des salles de femmes en couches confié à des accoucheurs nommés au concours, non-seulement permettrait aux malades ou mieux aux femmes enceintes et en couches, d'être soignées par des hommes particulièrement compétents, mais offrirait encore d'autres avantages que nous allons énumérer.

Le médecin accoucheur ayant un service l'intéressant directement, un service qui ne serait pas pour lui comme un supplément ajouté à son service ordinaire, pourrait donner tout son temps à ses malades. Il connaîtrait d'une manière précise la situation de toutes les femmes enceintes ou en travail, présente dans ses salles, et saurait d'avance si son intervention sera indispensable ou non. Une présentation vicieuse est-elle évidente, une opération grave, telle que l'embryotomie, est-elle indiquée, il prendra ses précautions, reviendra voir la malade, fournira les indications nécessaires pour que, en cas de besoin, on sache où le trouver. En un mot, toutes les précautions seront prises afin d'éviter une perte de temps préjudiciable aux intérêts de la mère et de l'enfant.

Autre avantage. Dans toute la région relevant d'un hôpital, les sages-femmes chez lesquelles l'Assistance publique envoie des malades devraient, si un cas difficile ou douteux se présentait, conduire la malade le matin à l'hôpital, à la visite de l'accoucheur; ou bien si la complication survenait pendant le travail ou après la délivrance, les sages-femmes devraient prévenir l'accoucheur, qui se rendrait chez elles. De la sorte, tous les accouchements d'une région seraient attentivement surveillés. Cette organisation pourrait rendre de grands services, car, fréquemment, en obstétrique, l'intervention, nous ne saurions trop le répéter, est une opération d'urgence. Elle ne toucherait du reste en rien à l'organisation des bureaux de bienfaisance; elle ne diminuerait pas non plus le nombre des services de médecine ou de chirurgie. Ceux de ces services, dont seraient distraites les salles de femmes en couches et de nourrices, resteraient composés de leurs deux salles de malades ordinaires, ce qui est parfaitement suffisant.

Enfin — et ce serait là une question à étudier — cette création de médecins accoucheurs permettrait d'organiser dans l'avenir les accouchements à domicile qui seraient faits par les étudiants en médecine, sur le point d'être reçus docteurs, sous la direction de l'accoucheur de l'hôpital. L'administration de l'Assistance publique rendrait ainsi de nouveaux services, tout en y trouvant un bénéfice : elle pourrait secourir, chez elles, un certain nombre de femmes pauvres qu'elle n'aurait à entretenir ni à l'hôpital ni chez les sages-femmes.

En réalisant le vœu que nous avons déposé, on ne ferait d'ailleurs qu'imiter ce qui est mis en pratique avec beaucoup de succès dans la plupart des autres pays, en Angleterre, en Suisse, en Autriche, en Allemagne. Dans toutes ces contrées, en effet, les services d'accouchements sont confiés à des accoucheurs de profession. Dans la plupart de ces pays, chacun le sait, les services hospitaliers sont toujours divisés en trois catégories : médecine, chirurgie, accouchements. Il en est ainsi à Londres, Edimbourg, Dublin, Genève, Berne, Zurich, Munich, Vienne, Pesth, Prague, Berlin, sans parler de bien d'autres villes. Nous rappellerons aussi que souvent, et cela est plus spécialement bien organisé à Londres, chaque hôpital est le centre d'un district dans lequel les accouchements à domicile sont faits par les étudiants, sous la direction du chef de service obstétrical.

Pour nous en tenir, quant à présent, à l'organisation de ces services dans l'hôpital même, il nous semble qu'ils devraient comprendre :

1° Les femmes enceintes, malades pendant leur grossesse;

2° Les femmes dont la grossesse est anormale ou compliquée;

3° Les femmes en couches;

4° Les femmes malades de suite de couches immédiates ou éloignées;

5° Les nourrices.

Nous pensons qu'il convient que l'administration crée ces services d'accouchements progressivement, de manière à ne mettre au concours qu'une place chaque année ou deux places tous les deux ans. Ceci permettrait aux internes actuels, qui désireront s'adonner aux accouchements, de diriger, le moment étant venu, leurs études dans le sens de ce concours. Grâce à cette précaution, le recrutement se fera dans les meilleures conditions possibles.

L'administration de l'Assistance publique devra faire étudier les conditions de ce concours, dans lesquelles seront exigées : 1° des connaissances générales en médecine et en chirurgie; 2° des connais-

sances spéciales en accouchements. Enfin, elle aura à fixer la composition du jury et la date du premier concours, en laissant au candidat un délai d'au moins six mois pour se préparer.

Prenant en considération les arguments développés dans le cours de ce rapport, la quatrième Commission demande au Conseil municipal d'adopter, dans les termes ci-après, le vœu qui lui a été soumis.

Paris, 11 avril 1878.

Le rapporteur, BOURNEVILLE.

PROJET DE DÉLIBÉRATION.

Le Conseil,

Considérant que la pratique des accouchements et le traitement des accidents qui les accompagnent souvent, lesquels nécessitent des opérations en général difficiles et laborieuses, exigent des connaissances véritablement spéciales;

Considérant que, dans l'état actuel de l'organisation des hôpitaux de Paris, les salles destinées aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices, font partie des services ordinaires de médecine consacrés aux maladies aiguës dont l'examen absorbe presque toute la durée de la visite des médecins;

DÉLIBÈRE :

L'administration de l'Assistance publique est invitée :

1° A instituer dans les hôpitaux de Paris des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices;

2° A confier ces services à des médecins accoucheurs;

3° A nommer ces médecins accoucheurs à la suite d'un concours imposant aux candidats des connaissances générales et spéciales.

Traitement des ulcérations du col de l'utérus par la glycérine créosotée. — Le Dr Maurice MENDELSSOHN (de Blidah, Algérie) a préconisé récemment l'usage de la glycérine créosotée dans le traitement des ulcérations du col.

Voici la formule qui a été employée :

R. Créosote pure..........	2	gr.
Glycérine..............	50	gr.
Alcool................	25	gr.
M.		

L'ulcération est touchée à l'aide de ce mélange tous les jours ou tous les deux jours. (*Gaz. des hôpitaux*, 12 octobre 1878.)

Traitement des vomissements de la grossesse, par le Dr Copeman. — Nous avons fait connaître il y a plusieurs mois déjà, que le Dr Copeman était parvenu plusieurs fois à faire cesser les vomissements de la grossesse en dilatant légèrement le col de l'utérus au moyen de l'index. L'auteur que nous venons de citer vient de publier dans le *Bristish med. Journal* (28 septembre 1878) cinq nouvelles observations où la dilatation du col a eté suivie de l'arrêt des vomissements. Une de ces observations lui est personnelle, les autres lui ont été communiquées par des confrères.

Nominations. — Le Dr Fasbender, professeur libre d'obstétrique à l'Université de Berlin, à été nommé récemment professeur titulaire à la même Université.

— M. Budin a été nommé chef de clinique d'accouchements et M. Porak chef de clinique adjoint.

Policlinique de chirurgie des femmes du Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29. — Du 1er novembre au 31 août :

Le jeudi à 9 heures du matin : Consultations auxquelles assistent les élèves inscrits.

Le même jour à 11 heures : Leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

La première leçon aura lieu le jeudi 7 novembre.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1878.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'ŒDÈME DUR DES GRANDES LÈVRES, SYMPTOMATIQUE DU CHANCRE INFECTANT ET DES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA VULVE.

Par le Dr Aimé Martin,
Médecin-adjoint, chargé du troisième service de vénériennes, à Saint-Lazare.

Les lésions diverses que produit la diathèse syphilitique ont été l'objet d'un si grand nombre de travaux remarquables, surtout dans les vingt dernières années, que le champ d'observations semble à jamais épuisé sur ce point particulier de la pathologie médicale.

Le dernier mot n'est pas dit cependant, et pour le médecin, appelé comme moi, à traiter un grand nombre de syphilitiques réunies dans un service spécial, il reste encore bien des points à élucider.

La manifestation syphilitique que je vais décrire a été à peine

signalée jusqu'à ce jour, ou presque toujours mal interprétée par les auteurs; on la rencontre pourtant très-fréquemment, surtout chez la femme.

Il s'agit de l'œdème dur des grandes lèvres, offrant toutes les apparences du premier degré de l'éléphantiasis des Arabes, affection symptomatique de la syphilis secondaire, et plus rarement de l'accident primitif.

Je crois avoir été le premier à constater l'existence d'une lésion analogue chez l'homme, dans un article de la Gazette des Hôpitaux du 26 novembre 1864, dans un article intitulé: *Phimosis syphilitique et Phimosis vénérien.* Je suivais alors assidûment, à l'hôpital du Midi, le service de mon vénéré et regretté maître le Dr Follin auquel, à plusieurs reprises, j'avais fait remarquer cette lésion chez plusieurs malades de ses salles.

J'avais été frappé par ce fait que le phimosis qui vient quelquefois compliquer le chancre infectant, a un aspect spécial. Dans ce cas, la peau et la muqueuse préputiales sont pâles, mamelonnées. Le toucher ne provoque pas de douleur vive et donne au doigt une sensation élastique particulière. Je ne saurais mieux comparer l'aspect de ce phymosis, que je nommais *syphilitique*, qu'à celui de l'éléphantiasis des Arabes à son début. Le phimosis persiste pendant trois semaines ou un mois après la cicatrisation complète du chancre. Chez l'un de mes malades, il dura plus de six mois et il ne commença à disparaître que lorsque j'eus débridé le limbe du prépuce.

Je notais avec soin, dans l'article consacré à la description de cet accident, les différences qui le font distinguer facilement du phimosis symptomatique du chancre simple, phimosis qu'on peut appeler *vénérien*. Ce dernier est de nature purement inflammatoire; la muqueuse est, dans ce cas, d'un rouge vif, la peau est injectée et excoriée; la suppuration est abondante, et enfin, le toucher provoque une douleur vive. Ce phimosis disparaît presque toujours, à moins d'adhérences ou de cicatrices vicieuses, aussitôt après l'ulcération qui l'a produit. Ces idées ont été développées plus tard par M. Mauriac, en 1875, mais j'en réclame à bon droit la priorité.

J'insistais sur ces caractères différentiels si nets et si précis qui peuvent, dans bien des cas douteux, aider au diagnostic des deux chancres.

Les observations que je venais de faire à l'hôpital du Midi, furent depuis corroborées par celles que j'ai recueillies à Saint-Lazare, et je pus acquérir la conviction que cet œdème dur que j'avais vu compliquer le chancre infectant chez l'homme, était, chez la femme, une complication non moins fréquente du chancre et de certains accidents secondaires, et que son siége le plus ordinaire, chez cette dernière, c'étaient les grandes lèvres.

Depuis plus de deux ans que je suis chargé d'un service de vénériennes, j'ai rencontré cet accident un très-grand nombre de fois (cinquante environ), et il ne se passe pas de mois pendant lequel je n'en constate un ou deux cas nouveaux.

Avant d'entreprendre une description détaillée de cette lésion je demande au lecteur la permission de transcrire deux observations prises dans mon service par M. Oberlin, interne de mon excellent collègue et ami le Dr Boureau, elles donneront une idée complète de cette manifestation de la diathèse syphilitique et me serviront de types.

OBSERVATION I. — *Œdème dur de la grande lèvre droite, symptomatique de l'accident primitif.*

G. E..., salle 21, lit nº 7, âgée de 17 ans, entrée dans le service le 17 juillet 1878; tempérament lymphatique, bonne santé habituelle. Réglée à 15 ans; menstrues régulières.

On constate chez la malade, à son entrée dans le service du Dr Aimé Martin, une ulcération de forme arrondie, du diamètre d'une pièce de 20 centimes, à bords raccordés avec le fond ; recouverte, en partie, par une légère fausse membrane et entourée d'un cercle rougeâtre. Cette ulcération siége à la partie moyenne de la grande lèvre droite ; sa base est manifestement indurée.

Pléiade ganglionnaire très-marquée dans chaque région inguinale.

La vulve présente une coloration érythémateuse qui s'étend, de

chaque côté, au-delà du pli génito-crural, cet érythème est dû à un écoulement vaginal abondant.

La grande lèvre droite est considérablement augmentée de volume, elle fait une saillie de 3 ou 4 centimètres en avant de la grande lèvre gauche; elle forme deux renflements, séparés par un sillon oblique; ces renflements sont durs, mamelonnés; la peau et la muqueuse sont pâles, décolorées; comme exsangues; le toucher ne provoque pas de douleur et donne au doigt une sensation de résistance élastique.

Sur cette grande lèvre, on remarque un grand nombre de petites saillies, d'apparence verruqueuse, arrondies, très-dures, paraissant parfois ombiliquées et ayant alors l'aspect de pustules vaccinales.

La malade est soumise au traitement général par les pilules de bichlorure; la surface du chancre est touchée, à plusieurs reprises, avec la solution d'azotate d'argent, parties égales. Des injections vaginales sont faites avec une solution du même sel, au vingtième.

Au 15 octobre, le chancre est complétement cicatrisé; aucun accident nouveau n'a paru encore. L'œdème dur de la grande lèvre persiste complétement, ainsi que les petites papules verruqueuses.

Les frictions mercurielles sont prescrites et on pratique, matin et soir, le badigeonnage de la grande lèvre droite avec la teinture d'iode.

Obs. II. — *OEdème dur des deux grandes lèvres, symptomatique de plaques muqueuses et d'ulcérations syphilitiques secondaires.*

L. G..., salle 20, lit n° 12, 23 ans; entrée dans le service, le 30 août 1878. Tempérament lymphatico-sanguin; constitution vigoureuse. Réglée à 11 ans, mais mal réglée depuis; souffre habituellement de douleurs lombaires et hypogastriques; conséquence de sa dysménorrhée habituelle.

En février 1877, L. G... remarque une petite écorchure à la fourchette, cette écorchure guérit très-rapidement. Environ quinze jours après, apparition d'un écoulement vaginal; un médecin qu'elle consulte lui prescrit alors de la liqueur de Van-Swieten et des injections d'eau blanche; chute de cheveux; céphalée opiniâtre.

Après trois mois de traitement chez elle, la malade entre à l'hôpital de Lourcine, service de M. Martineau.

M. Martineau constate, en dehors des accidents syphilitiques dont L. G... est atteinte, l'existence d'une métrite. Elle sort de Lourcine, complétement guérie de ces accidents divers, après six semaines de traitement, vers la fin de juillet 1877.

Dans les derniers mois de l'année, et pendant les six premiers mois de 1878, elle s'est, dit-elle, parfaitement portée.

A la fin de juin 1878, nouvelle poussée syphilitique ; apparition de rougeurs, d'ulcérations aux organes génitaux et à l'anus. La malade consulte alors un ancien interne distingué de Saint-Lazare, le Dr de Fourcauld, qui lui ordonne du sirop de Boutigny, des applications de cataplasmes enduits d'onguent napolitain belladonné et des bains simples.

Le 30 août, date de son entrée dans le service, on constate un nombre considérable de plaques muqueuses ulcérées, disséminées sur les grandes lèvres, les petites lèvres, les plis génito-cruraux, le périnée et le pourtour de l'anus.

Au périnée, sur les parties latérales du raphé, deux ulcérations du diamètre d'une pièce de 1 franc, à bords déchiquetés, taillés à pic, simulant des chancres simples : ce sont des ulcérations secondaires ; l'inoculation négative en fait foi.

La grande lèvre gauche offre le volume d'un gros œuf de poule ; elle est dure et présente des bosselures plus dures encore que la masse ; elle est pâle, décolorée.

La grande lèvre droite est aussi augmentée de volume, dans des proportions un peu moindres ; elle est aussi bosselée, pâle. Elle est partagée en deux parties presque égales, par un sillon oblique, dirigé de haut en bas et de dehors en dedans.

Pléiade ganglionnaire dans les deux aines. La malade, dès son entrée, est soumise aux frictions mercurielles et aux bains de sublimé. Les ulcérations sont touchées, tous les jours, alternativement avec le nitrate acide de mercure et avec une solution (parties égales) d'azotate d'argent. Les plaques muqueuses sont pansées avec de la charpie imbibée d'eau chlorurée, et, enfin, dès que la cicatrisation des plaques muqueuses le permet, je badigeonne, chaque jour, les grandes lèvres avec la teinture d'iode ; tous les huit jours, je pratique, à leur surface, des cautérisations en sillons, avec le nitrate acide et l'acide azotique.

Au 15 octobre, les ulcérations sont à peu près complètement cica-

trisées, les plaques muqueuses ont disparu ; l'état général de la malade est aussi satisfaisant que possible.

Aucune lésion syphilitique de la peau ou des muqueuses, autre que l'œdème dur des grandes lèvres qui, malgré le traitement général assidûment suivi, malgré les moyens locaux mis en usage, persiste et n'a subi qu'une très-légère diminution de volume.

Pour ne pas tomber dans des redites, je n'ai pas cru devoir citer d'autres observations. Ces deux cas d'œdème dur des grandes lèvres, compliquant le premier, l'accident primitif, le second des accidents secondaires de formes diverses, me fournissent tous les éléments nécessaires pour une description complète de cette lésion.

Comme pour le phimosis syphilitique de l'homme, l'œdème dur syphilitique des grandes lèvres chez la femme, produit, tout d'abord, une augmentation plus ou moins considérable du volume de ces organes.

J'ai vu ce volume atteindre, dans certains cas, les dimensions d'une poire de moyenne grosseur.

A moins qu'un écoulement vaginal ou vulvaire, dépendant ou non de la diathèse syphilitique, ne vienne irriter leur surface, la peau et la muqueuse sont décolorées. Elles sont, dans tous les cas, couvertes de bosselures, de mamelons séparés par des sillons plus ou moins profonds; elles offrent l'aspect si caractéristique des circonvolutions cérébrales.

On observe, le plus souvent, comme on l'a vu dans les deux observations que j'ai citées, un sillon beaucoup plus profond que les autres, une sorte de repli, séparant la grande lèvre en deux parties plus ou moins inégales. L'œdème dur s'étend quelquefois aux petites lèvres; mais c'est assez rare, il ne présente pas, du reste, de caractères différents, qu'il siége aux grandes ou aux petites lèvres. Il m'a été donné de voir quelques cas d'éléphantiasis des Arabes ayant envahi les grandes lèvres, et, au point de vue de l'aspect, je ne fais aucune différence entre ces deux lésions, si dissemblables comme origine mais ayant probablement la plus grande analogie au point de vue histologique.

Je crois, en effet, que l'hypertrophie et l'hypergénèse portent, dans ces deux cas, sur les mêmes éléments, sur ceux du tissu conjonctif et ceux du derme. M. Oberlin, interne à Saint-Lazare, qui a bien voulu prendre les observations ci-dessus relatées, prépare sur ce même sujet une thèse dans laquelle il résoudra définitivement la question, par l'examen micrographique.

Le tissu conjonctif subit-il, dans l'œdème dur des grandes lèvres, une hypergénèse et une hypertrophie semblables à celles qui caractérisent l'éléphantiasis? Je le crois; quant au derme, cela me paraît hors de doute, car un des éléments qui entrent dans sa trame, est, dans beaucoup de cas, hypertrophié.

En effet le lecteur a remarqué, dans la première observation, la description de ces petites saillies d'apparence verruqueuse, très-dures, arrondies et parfois ombiliquées, disséminées sur la surface de la grande lèvre qui était le siége de l'œdème dur.

J'ai constaté l'existence de ces saillies verruqueuses dans le plus grand nombre des cas d'œdème dur syphilitique des grandes lèvres.

En les examinant de près et à la loupe, on voit qu'elles sont, presque toutes, pourvues d'un poil à leur centre. Ce sont, en somme, des follicules pileux hypertrophiés. Cette lésion, qui n'a rien du reste d'essentiellement syphilitique, est peu connue. Je n'en ai trouvé la mention que dans l'excellente thèse de M. Spillmann (Des syphilides vulvaires. Paris 1869, p. 64). M. Desjardins a soutenu sur le même sujet une thèse devant la Faculté de Paris en 1870 (De l'œdème scléreux et syphilitique de la vulve). C'est aussi dans la thèse de M. Spillmann que j'ai rencontré la seule description un peu nette de l'accident syphilitique qui fait le sujet de cette note. « Il est un accident beaucoup plus fréquent encore, écrit M. Spillmann (p. 62); nous voulons parler de l'œdème des parties sur lesquelles reposent ces lésions (*syphilides vulvaires*). Cet œdème est fréquent au niveau des grandes et des petites lèvres; les grandes lèvres, souvent énormément œdématiées, conservent l'empreinte du doigt. Cet *œdème mou* disparaît très-rapidement sous l'influence d'un

traitement approprié et doit être distingué de l'*œdème dur* des grandes lèvres qui se différencie du précédent par sa persistance, lorsque les lésions qui l'ont provoqué ont déjà disparu. Ce sont généralement les lymphangites qui donnent lieu à ces tuméfactions extrêmement dures des grandes ou des petites lèvres. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cet accident n'est accompagné d'aucun changement de coloration des téguments. Au palper, les parties tuméfiées présentent une dureté tout à fait spéciale, élastique, rappelant la consistance du caoutchouc. Cette forme se rencontre très-souvent aux grandes lèvres. »

En lisant attentivement l'excellent article consacré par un des syphiliographes modernes les plus distingués, M. Alfred Fournier, à l'étude des indurations secondaires (Annales de derm. et de syph. t. III, p. 255), j'ai acquis la conviction que, dans bien des cas, ce que M. Fournier nomme induration secondaire n'est autre chose que l'œdème dur que nous décrivons.

Au reste, un autre syphiliographe de premier ordre, M. Diday, de Lyon, discutant dans le même recueil médical (Annales de derm. et de syph., t. III, p. 422) les opinions émises par Fournier, arrive à la même conclusion que moi : « En deux mots, écrit-il, j'expliquerai les trois faits de M. Fournier par une simple interversion dans les termes de l'énoncé, en disant, non comme mon savant collègue : c'étaient des plaques muqueuses doublées d'une induration ; mais bien : c'étaient des indurations lymphangiques, doublées de plaques muqueuses. »

M. le Dr Charpy, étudiant dans le service de Chazeaux (une sorte de Saint-Lazare lyonnais) les déformations produites dans les organes génitaux externes chez les prostituées, a aussi appelé l'attention sur l'hypertrophie des grandes lèvres, dont la surface est devenue ridée et sillonnée, alors que des plaques indurées le long de leur crête, attestent que des plaques muqueuses y ont végété, etc. (Annales de syph. et de derm., t. III, p. 274). On trouve aussi une description assez complète de cette lésion dans le traité des maladies vénériennes que le Dr Jullien vient de publier chez Baillière, Paris, 1878, p. 729.

Enfin le Dr Giuseppe Chiarleoni, de Milan, dans une très-

intéressante observation relatée par les Annales de dermatologie et de syphilis 1873, mentionne une induration scléreuse des grandes lèvres, liée à une syphilis secondaire qui avait déterminé un accouchement prématuré.

On voit que la bibliographie fournit bien peu de chose au sujet de cette lésion; les quelques citations que je viens de faire prouvent néanmoins qu'elle a été remarquée quelquefois.

Je suis bien convaincu que le plus grand nombre des médecins qui ont eu l'occasion de l'observer ne lui ont pas attribué une origine nettement syphilitique. Ils ont cru à un œdème sans caractère spécifique comme celui qui peut compliquer une plaie quelconque.

Ce qui a attiré mon intention et ce qui m'a fait donner à l'œdème dur des grandes lèvres, un caractère diathésique, c'est d'abord l'analogie qu'il présente avec le phimosis syphilitique que j'avais observé et décrit depuis plusieurs années déjà.

En second lieu, en dehors des quelques cas rares d'éléphantiasis des Arabes à son début, qu'il m'a été donné de voir, je n'ai jamais rencontré de lésion non syphilitique, présentant les caractères de celle-là

Enfin le traitement (ce juge en dernier ressort de la nature d'une maladie) n'a eu d'action contre elle que lorsqu'il a été antisyphilitique.

Ainsi que je le disais plus haut, je n'hésite pas, jusqu'à démonstration micrographique contraire, à considérer cette lésion comme une hypertrophie du tissu conjonctif et du derme ainsi que de ses divers éléments constitutifs. Ce n'est pas seulement une lymphangite comme l'ont cru la plupart des auteurs qui en ont signalé l'existence.

Cette affection est loin d'être rare. Dans le service qui m'est confié à Saint-Lazare et qui compte environ 110 lits, j'ai, en ce moment, cinq cas *types* d'œdème dur des grandes lèvres, deux accompagnant le chancre infectant, et trois autres compliquant des plaques muqueuses ou des ulcérations secondaires.

J'ai essayé, pour arriver à faire disparaître cette lésion, bien

des traitements divers, et je puis conclure, qu'avant toute autre médication, le traitement général antisyphilitique est indiqué.

Dans la plupart des cas, le traitement par les pilules de proto-iodure ou de bichlorure est insuffisant, et j'ai dû avoir recours aux frictions, pratiquées méthodiquement.

Comme traitement local, les badigeonnages à la teinture d'iode, au sulfure de carbone, ont donné des résultats incomplets. J'ai dû avoir recours, le plus souvent, aux cautérisations transcurrentes avec le nitrate acide de mercure; j'en ai obtenu les meilleurs effets.

Quelle que soit, du reste, l'efficacité plus ou moins grande du traitement employé, on ne doit pas s'attendre à voir disparaître cet accident avant trois ou quatre mois après la cicatrisation de l'ulcération primitive ou secondaire qu'elle a compliquée.

J'ai dit que l'œdème dur des grandes lèvres accompagnait le chancre infectant et qu'il compliquait aussi les divers accidents secondaires de la vulve. D'après mes observations personnelles, portant sur un nombre de plus de cinquante cas, observés à Saint-Lazare depuis deux ans, cette lésion se rencontrerait deux fois plus souvent avec les accidents secondaires qu'avec l'accident primitif.

Je résumerai les points principaux de cette note, dans les conclusions suivantes :

1° On observe fréquemment chez la femme atteinte de syphilis, aux périodes primitive et secondaire du processus morbide, alors que des accidents symptomatiques de ces deux phases se sont développés sur les grandes lèvres, une lésion particulière de ces organes, consistant en une hypertrophie ayant tous les caractères de l'œdème dur.

2° Cet œdème dur consiste en une augmentation considérable du volume des grandes lèvres, dont la surface est pâle, mamelonnée, divisée par de nombreux sillons. Le toucher donne au doigt une sensation élastique, et ne provoque pas de douleur.

3° Cet œdème s'étend, dans quelques cas, aux petites lèvres.

4° Cette lésion offre la plus grande analogie avec celle que j'ai décrite chez l'homme, sous le nom de phimosis syphilitique.

5° Elle consiste probablement dans une hypertrophie, avec hypergénèse, des éléments constitutifs du derme et du tissu conjonctif.

6° Elle est souvent accompagnée d'une forme spéciale de papules; ces papules de petit diamètre, arrondies, très-dures, d'apparence verruqueuse, parfois ombiliquées, sont constituées par des follicules pileux hypertrophiés.

7° L'œdème dur des grandes lèvres est une lésion syphilitique; elle n'est pas rare, puisqu'on la rencontre au moins cinq fois sur cent, chez les femmes atteintes d'ulcérations syphilitiques, primitives ou secondaires, siégeant sur les organes génitaux externes.

8° Un très-petit nombre d'auteurs ont signalé cette lésion si caractéristique. Elle a presque toujours été confondue avec la lymphangite.

9° L'œdème dur des grandes lèvres persiste bien longtemps (plusieurs mois d'ordinaire) après la cicatrisation des ulcérations qui l'ont provoqué.

10° Le traitement général antisyphilitique, assidûment suivi et énergiquement administré (par les frictions mercurielles surtout), triomphe seul de cette lésion. Le traitement local n'a que peu d'effet.

DE L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL PAR LES VOIES NATURELLES SUBSTITUÉ A L'OPÉRATION CÉSARIENNE *POST MORTEM*.

Par le Dr A. Thévenot.

(Suite et fin) (1).

III

DE L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL PENDANT L'AGONIE. — QUESTION MÉDICO-LÉGALE.

En 1827, Costa demandait à l'Académie de médecine, *s'il n'y avait pas lieu de terminer l'accouchement toutes les fois que la grossesse est compliquée d'une maladie qui menace prochainement la vie de la mère, en supposant que le fœtus est viable.*

La proposition avait le tort d'être trop générale et d'être faite quarante ans trop tôt. Elle fut traitée d'inconvenante. Peut-être l'Académie serait-elle aujourd'hui moins exclusive? L'accouchement artificiel pendant l'agonie n'est, en réalité, qu'une extension de la pratique de nos vieux maîtres : L. Bourgeois, Mauriceau, Puzos, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta et dans les cas graves d'éclampsie. Ce n'est qu'un accouchement prématuré *fait* rapidement ou instantanément, parce que les circonstances l'exigent.

En 1840, Duparcque fit paraît-il, pour des motifs que nous apprécierons, un accouchement forcé chez une phthisique à l'agonie. Mais Duparcque garda l'observation dans ses cartons jusqu'en 1861, après la publication du mémoire d'Esterle.

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, nos d'octobre et de novembre 1878.

Il faut donc reconnaître ici encore, que l'initiative de cette pratique a été prise par les Italiens, puisque dès 1844, Pellegrini Giuseppe publiait l'observation de deux accouchements forcés pratiqués dans le coma de l'apoplexie cérébrale (1).

Ces faits attirèrent peu l'attention, et ils n'étaient pas arrivés à la connaissance d'Esterle, lorsqu'en 1861, il publia son mémoire qui contient l'observation de quatre accouchements forcés pendant l'agonie (2), les quatre enfants ayant été extraits vivants.

En 1867, parut le mémoire de Belluzzi. Il y montre les avantages de cette méthode sur l'accouchement artificiel après la mort, et rapporte trois nouveaux faits qui lui sont propres (3).

En 1877, Gaëtano Moretti met en relief ce point, d'un haut intérêt clinique, à savoir : que des femmes, dans un état très-grave, qu'on croyait être à l'agonie, ont dû leur salut à l'accouchement forcé. Il cite à l'appui un fait personnel (4).

Il est d'ailleurs difficile de poser à cette question des limites bien précises. Qu'est-ce que l'agonie? Quand commence-t-elle? L'abolition progressive du sentiment et du mouvement, l'aphonie, le gargouillement des liquides dans l'œsophage, le râle, etc., peuvent accompagner le coma de l'éclampsie ou l'état lipothymique, les femmes épuisées par les hémorrhagies de l'ectopie placentaire, auquel cas, c'est par centaines qu'on pourrait recueillir les observations, puisque dans ces maladies, depuis le XVI[e] siècle, peut-être avant, l'accouchement forcé par la méthode de Celse, a été mis en pratique.

Cependant, il ne nous semble pas qu'on ait employé à au-

---

(1) Gaetano Moretti. *Sul parto forzato*, etc. *Annali universali*. Milano, 1877.

(2) *Sulla convenienza di estraere il feto per le vie genitali perchè vitabile, prima que avvenga la morte*, etc... Pensieri i proposioni del D[r] Esterle. *Annali universali*. Milano, 1861, p. 317.

(3) *Nuovi fatti in appogio dell' estrazione del feto col parto forzato durante l'agonia delle donne incinte*, etc. Memoria del D[r] Cesare Belluzzi. Bologne, 1876.

(4) Gaetano Moretti. *Sul parto forzato*. *Annali universali*. Milano, 1877.

cune époque, et systématiquement, l'accouchement forcé dans l'agonie des phthisiques ou des cardiaques, des malades atteintes de fièvres exanthématiques, dans le coma de l'apoplexie cérébrale, etc.

C'est là le côté vraiment neuf et original de la pratique italienne; c'est là une voie nouvelle, et l'intérêt clinique qu'on y trouvera est autrement important que celui de l'accouchement artificiel *post mortem*.

Les faits qu'on pourrait recueillir sont déjà nombreux; nous avons choisi parmi eux les observations suivantes, qui nous serviront à faire ressortir les avantages de la méthode.

Voici d'abord le résumé, emprunté à G. Moretti, de deux accouchements forcés pratiqués en 1834, par Pellegrini Giuseppe. Dans ces deux cas, qui n'ont été publiés qu'en 1844, il s'agissait de femmes atteintes d'apoplexie cérébrale, et il n'y avait pas de signe manifeste de travail avant l'opération :

La première de ces femmes se trouvait dans un état extrêmement grave. Pellegrini la fit placer en travers sur le bord du lit, introduisit avec douceur trois doigts dans l'utérus et perfora les membranes avec des ciseaux. Les eaux écoulées, la tête vint au contact des doigts : on put ensuite introduire toute la main. Mais comme il n'y avait pas de contractions et que la tête était immobile, au lieu de faire la version il appliqua le forceps; le fœtus put être extrait vivant, mais succomba un quart d'heure après. La mère *guérit parfaitement.*

Le second fait a trait à une femme atteinte d'apoplexie avec hémiplégie gauche. Des sangsues appliquées en grand nombre, de la glace sur la tête, des drastiques; sept saignées abondantes n'avaient apporté aucun soulagement. Respiration stertoreuse; déglutition impossible, sopor. L'inutilité de traitement engagea le Dr Pellegrini à recourir à l'accouchcment forcé. Il trouva l'orifice du col assez large pour laisser passer les doigts, le col mou et les parties bien préparées. En dix minutes il pénétra dans l'utérus, rompit les membranes, termina l'accouchement par la version, et put extraire une petite fille vivante.

Sans autre traitement l'état de la patiente s'améliora. Puis, par un régime approprié, elle guérit et put se lever trente-cinq jours après. La petite fille vécut huit jours.

Si, comme ces deux faits le prouvent, Esterle (de Novare) n'eut pas le mérite de pratiquer le premier l'accouchement forcé chez les femmes grosses à l'agonie, du moins il n'est pas douteux, que c'est son mémoire, publié en 1861, qui répandit cette pratique et la fit accepter définitivement en clinique. Esterle était, au début, peu partisan de la méthode de Rizzoli. Il pensait que l'on ne pouvait faire pénétrer la main dans le col non dilaté sans produire de graves lésions.

Se trouvant en présence d'une femme enceinte, atteinte d'apoplexie cérébrale à l'agonie, il provoqua le travail avant d'introduire la main, conduite qui est à imiter chaque fois que les circonstances le permettent. Voici cette observation :

1° Esterle, 1858. — Une femme enceinte, âgée de 24 ans, bien portante, de tempérament sanguin, fut atteinte de céphalalgie et d'efforts de vomissements. A la visite de la Maternité, où elle se trouvait, elle cacha son malaise, dans la crainte d'être mise à la diète. Une heure plus tard le mal de tête augmenta tout à coup d'une manière extraordinaire, et, après quelques vomissements impétueux elle tomba à terre presque morte. Relevée et couchée dans son lit, elle avait la pupille énormément dilatée, la bouche tordue de côté, enfin une paralysie droite complète. La saignée, les sangsues, la glace, les sinapismes furent employés sans résultat; l'hémorrhagie cérébrale était évidente et on devait la supposer très-grave. La torpeur était continuelle, et de temps en temps apparaissaient des mouvements convulsifs, presque épileptiformes du côté paralysé et même quelques soubresauts de l'autre côté. Pendant ces crises, la respiration devenait très-difficile, la malade était presque étranglée et la bouche se remplissait d'écume. Une des sœurs, qui se trouvait dans l'établissement, nous apprit que cette jeune femme avait été prise souvent de phénomènes probablement épileptiques, en sorte que l'hémorrhagie cérébrale avait dû se compliquer d'une série d'accès épileptiques, sans qu'il soit possible d'établir lequel des deux éléments morbides avait précédé ou provoqué l'autre. Le pronostic, en tous cas, était funeste.

Sachant par expérience combien rarement, en pareille circonstance, les fœtus survivent à la mère, et que l'on pratique souvent après la

mort de celles-ci, des opérations alors inutiles, je me décidai à tenter l'extraction du fœtus avant le trépas de la mère. Par le toucher, je trouvai l'utérus fermé ; le col était court, mou, élastique.

J'introduisis en guise de tampon une vessie élastique fortement distendue par l'eau chaude, autant pour faciliter le passage du fœtus encore vivant, que pour exciter l'utérus à quelques contractions. Une heure après je m'aperçus d'un certain durcissement passager du viscère, qui peu à peu augmenta et devint permanent. Après environ une heure et demie j'enlevai le tampon, et je trouvai l'orifice de l'utérus assez ouvert et dilatable pour l'introduction facile d'un doigt. J'introduisis immédiatement et méthodiquement la main, sans que la malade s'en aperçût, et je parvins avec une grande facilité à obtenir la dilatation complète. La position qui se présentait était celle du vertex avec le dos à droite, j'opérai la version, et je retirai promptement par les voies artificiellement élargies, un fœtus vivant qui continua à vivre, et qui, une année après était robuste et bien portant.

Je pratiquai aussi la délivrance sans qu'il y eut d'hémorrhagie.

La mère mourut six heures après, et je suis certain que l'opération n'aggrava en rien son état, et qu'au contraire, si une amélioration avait été possible, elle eût été sans doute obtenue par l'accouchement forcé.

Voici un résumé de trois autres faits publiés dans le même mémoire :

2° Jeune femme, enceinte de huit mois, atteinte de phthisie, hémoptysie graves. Une dernière hémorrhagie l'avait laissée agonisante.

L'orifice utérin n'était pas très-dilaté, mais mou et dilatable, la tête très-basse. Extraction par le forceps d'un enfant vivant et qui vécut. La mère mourut quatre heures après ; pas d'hémorrhagie.

3° 1860, Maternité de Novare. — Femme enceinte de huit mois, atteinte d'une maladie de Bright. Esterle provoqua le travail à l'aide de la *sciringa élastica*. Les douleurs se déclarèrent peu d'instants après, et l'accouchement eut lieu spontanément ; l'enfant naquit vivant et mourut peu d'heures après. Il était atteint d'ascite. La mère eut un soulagement passager et succomba quarante heures après.

4° 1861. — Femme agonisante, atteinte d'une maladie bronchiale et intestinale, à sept mois et demi de grossesse. Présentation du plan latéral gauche, en dorso-antérieur.

Le travail était avancé, le corps largement dilaté, la poche des eaux descendait dans le vagin. Esterle pratiqua l'extraction du fœtus, qui naquit vivant et mourut au bout de quinze à vingt minutes.

L'intéressante observation suivante remonterait à 1840; malheureusement, Duparcque ne la publia qu'en 1861, après le mémoire d'Esterle. Malgré les revendications de Duparcque, son observation ne compte scientifiquement que du jour de sa publication.

Duparcque, 1861. — Une jeune femme de 21 ans, primipare, enceinte de huit mois et demi, atteinte d'une phthisie héréditaire, arrivée à la dernière période, et qui s'était aggravée avec la grossesse, présentait des symptômes annonçant une fin très-prochaine. J'étais requis pour procéder à l'opération césarienne *post mortem*. Je pensai que l'agonie pouvait se prolonger encore quelques heures. Les mouvements de l'enfant étaient visibles et les battements du cœur énergiques le montraient pleins de vie. Il se présentait une question très-délicate.

Il s'agissait d'un mariage d'amour.

La jeune femme avait apporté en dot sa beauté, et le mari une assez belle fortune placée dans l'industrie. Le mari avait donné par contrat de mariage, la moitié de sa fortune à sa femme. Si elle mourait sans enfant, cette fortune devait passer à ses collatéraux seuls héritiers de son côté. La belle position de fortune (du mari) survivant était compromise. La naissance d'un enfant eût tout changé.

On comptait sur l'opération césarienne, qui était acceptée, surtout pour ces considérations, mais la vie de l'enfant serait probablement compromise pendant les dernières heures de l'agonie de la mère, l'opération césarienne n'amènerait probablement qu'un cadavre. Pourquoi ne pas tenter l'accouchement par les voies naturelles, tandis que la mère respirait encore et que l'enfant pouvait être extrait vivant? Sans doute l'opération pouvait précipiter la catastrophe, mais puisque la mort de la mère était inévitable, quelques instants sacrifiés

seraient amplement compensés par les résultats avantageux de l'accouchement ; à savoir : arracher l'enfant à une mort inévitable, assurer par son existence, les avantages particuliers liés à sa survie.

Le col de l'utérus n'était pas effacé complètement, et il n'y avait pas eu commencement de travail.

Après quinze à vingt minutes de tentatives laborieuses, avec l'aide d'un collègue, un enfant chétif put être extrait et qui vécut neuf jours.

Chez la mère la respiration devint plus libre, moins râleuse, et la vie se prolongea cinq jours.

Talinucci, 1860. — Lucia Rebecchi, 35 ans, neuvième mois, quatre accouchements heureux. Dès le début de la gestation, œdème des membres inférieurs, développement du ventre non en rapport avec l'époque de la grossesse ; hydramnios ; menaces de suffocation, sopor.

La malade ne paraissait avoir que peu d'heures à vivre. Talinucci, croyant à des accidents de compression dus à la quantité du liquide amniotique, propose la délivrance par l'accouchement forcé, ce qui fut fait selon la méthode indiquée. La poche rompue, la quantité d'eau qui s'écoula peut être évaluée à 30 livres. Un fœtus du sexe masculin fut extrait vivant et vigoureux, et qui put être porté à l'église le lendemain.

La mère se rétablit incomplètement ; pendant plusieurs années, elle fut sujette à des *épanchements dans la région de l'ovaire ;* dans le cours de trois années, elle fut opérée trois fois heureusement par la paracentèse.

Romei, 8 octobre 1861. — Femme enceinte de sept mois, agonisante d'une affection cérébrale. Roméi était appelé pour faire l'opération césarienne *post mortem ;* notant que les bruits du cœur fœtal diminuaient depuis quelques instants, il fit l'accouchement forcé. Dilatation graduelle avec la main droite, rupture du sac. O. I. D. P. Recherches d'un pied, extraction facile. Pendant l'opération, qui fut rapide, la patiente resta insensible.

Le fœtus qui était vivant mourut peu après. L'utérus se contracta régulièrement, pas de perte de sang. La mère mourut trente-deux heures après. A l'autopsie on ne trouva pas le plus petite lésion.

Belluzzi s'est fait le défenseur ardent de l'accouchement forcé pendant l'agonie. Dans son mémoire publié en 1866, après avoir rappelé un accouchement forcé fait par lui chez une phthisique, et publié en 1861, il rapporte deux nouveaux faits personnels.

Voici un résumé de ces trois observations :

Belluzzi, 6 juillet 1861. — Phthisique arrivée à la dernière période, multipare, grossesse au neuvième mois. Belluzzi était appelé pour sonder la malade et faire l'opération césarienne *post mortem*. Le fœtus était vivant et avait le vertex en bas. Le col utérin était entr'ouvert et mou.

Cinq jours après, 11 juillet, la malade perd connaissance, les battements du cœur du fœtus étaient très-nets à l'auscultation. Rizzoli consulté est d'avis de pratiquer immédiatement l'accouchement forcé Les battements du cœur s'affaiblissant, l'opération est décidée. La malade est placée sur le bord du lit, Rizzoli maintenait l'utérus, Belluzzi introduit la main bien graissée et disposée en cône dans le vagin; il dilate doucement l'orifice utérin et pénètre assez haut; arrivé à un genou il déchire les membranes et attire un pied au dehors. Le pied sorti était le gauche et il avait les doigts tournés en haut, en tirant sur lui on remarqua un mouvement de spirale, de sorte que quand la fesse se présenta à la vulve, elle était tournée vers le pubis; l'autre membre inférieur sortit de suite, puis le tronc et après un petit effort, les épaules et la tête.

Le fœtus était vivant et on attendit de l'entendre crier pour couper le cordon. La matrice se contracta, le placenta se détacha et on en obtint la sortie par de légères tractions sur le cordon. La mère ne parut point avoir le sentiment de l'opération qu'elle venait de subir.

L'enfant confié à une bonne nourrice était bien portant deux mois après. La mère survécut vingt heures et n'eut pas d'hémorrhagie.

Autopsie. — Utérus assez contracté; son orifice montrait à peine les traces du passage si récent du fœtus. On n'y voyait qu'une petite fente qui n'aurait pu avoir de conséquences fâcheuses.

Belluzzi, 1864. — Extraction d'un fœtus de huit mois, vivant, chez une femme agonisante atteinte d'apoplexie cérébrale, en dehors du travail de l'accouchement. 28 ans, cinq couches heureuses. Belluzzi

ne parvint pas à entendre les bruits du cœur à cause de la respiration râlante de la moribonde. Il pénétra avec la main disposée en cône dans l'orifice utérin. Dilatation et évolution faciles. Extraction d'un enfant de huit mois qui prit le sein et vécut trois jours. La femme mourut le soir. Bien que la femme ne perçût aucune sensation, il y eut quelques contractions de l'utérus.

Belluzzi, 1865. — Accouchement forcé chez une femme enceinte de huit mois, succombant à une maladie de cœur (avec dyspnée. Femme Tarozzi, 34 ans, 4 enfants, grossesses pénibles, accouchement laborieux, auscultation impossible à cause de la respiration râlante de la mère. Orifice utérin présentant le diamètre d'une monnaie de 2 lires, et dilatable.

Présentation du sommet. Dilatation graduelle, introduction de la main, évolution, extraction facile. Enfant mort depuis plusieurs jours. Au grand étonnement de tous, la mère survécut trois mois, malgré une pneumonie hypostatique.

Hyernaux, 1869. — Elisabeth Van C..., 27 ans, primipare, huitième mois ; phthisique, agonisante. Col utérin long, pointu, fermé à l'orifice interne, orifice externe du diamètre d'un crayon de grosseur ordinaire. On perçoit faiblement les bruits du cœur fœtal.

La main droite soutenant le fond de l'utérus, l'index gauche est poussé contre l'orifice externe du col ; il en franchit toute la hauteur et arrive à l'orifice interne qui cède à une faible pression. Hyernaux tiraille ce conduit dans tous les sens et introduit un second doigt. Les doigts sont remplacés par une pince à polypes, dont il écarte les anneaux pour dilater plus rapidement.

Ayant obtenu une dilatation de 4 centimètres, il appliqua le forceps sur la tête. O. I. G. A. Extraction facile, l'opération avait duré cinq minutes. L'enfant né en état d'asphyxie en fut promptement tiré ; confié aux soins d'une nourrice, il fut repris par la famille deux mois plus tard. La mère mourut le lendemain, le col ne paraissait pas avoir souffert sensiblement.

Hyernaux. *Lettre à Janssens.*

Moretti, 1877. — Multipare, neuvième mois, grossesse heureuse. Congestion et œdème des poumons, dyspnée, cyanose, sopor ; pouls

imperceptible; flot d'écume à la bouche à chaque expiration. Pas de battements du cœur du fœtus; pas de signes de travail. L'orifice de l'utérus permet l'introduction de l'extrémité du doigt. Moretti, pensant qu'en débarrassant l'utérus du produit de la conception, on ferait cesser l'obstacle mécanique à la circulation, propose de faire immédiatement l'accouchement forcé. On perfore les membranes avec le perforateur Dubois. L'écoulement des eaux soulage la malade. L'orifice dilaté, la main va à la recherche d'un pied et ramène un fœtus mort. La femme se rétablit graduellement, le soir elle avait repris ses sens, la guérison fut complète. (*Sul parto forzato nella donna gestantal*, etc. Gaetano Moretti, Milano, 1877.)

Polaillon, 18 mai 1878. — Elisabeth M..., 38 ans, huit enfants. Sacro-coxalgie et mal de Pott lombaire, huit mois et demi. O. I. D. P. Le 5 juin elle est moribonde; fièvre hectique. Col effacé, dilaté comme une pièce de 2 fr.

Les contractions sont arrêtées, trois incisions latérales sur le col. Application du forceps de Levret au détroit supérieur. Mort de la femme une heure après l'accouchement. L'enfant à demi asphyxié est ranimé par l'insufflation, et meurt le lendemain. (*Progrès médical*, 1878, p. 602.)

Ces accouchements forcés on provoqués pendant l'agonie sont au nombre de 15; treize fois les enfants naquirent vivants.

De ces 13 enfants, 6 survécurent; 7 vécurent un laps de temps variant entre quelques instants et huit jours; les deux qui furent retirés morts paraissaient l'être depuis plusieurs jours.

En laissant de côté le troisième fait d'Esterle, où l'expulsion se fit spontanément après provocation du travail par des douches utérines, sur les 12 enfants extraits vivants, après dilatation forcée du col, 8 l'ont été par la version et 4 par le forceps.

Des 4 enfants extraits par le forceps, 2 continuèrent à vivre (Hyernaux et 2e fait d'Esterle), 2 succombèrent : l'un, un quart d'heure après (Pellegrini); l'autre, le lendemain (Polaillon).

Des 8 enfants extraits par la version, 4 survécurent (Esterle,

Talinucci, Belluzzi, Duparcque), les 4 autres vécurent un espace de temps variant de quelques instants à huit jours.

Ces faits sont peu nombreux encore pour qu'on puisse conclure en faveur de l'un ou l'autre mode d'extraction après dilatation instantanée du col; on peut du moins admettre que la version ne paraît pas plus défavorable à l'enfant; je crois inutile d'ajouter que lorsque la tête se présente et qu'elle est engagée, c'est toujours au forceps qu'il faut recourir.

Un autre point plus intéressant serait d'étudier les formes morbides qui sont compatibles avec la survivance des enfants extraits pendant l'agonie.

Des 6 enfants qui survécurent, 4 avaient pour mères des phthisiques (Duparcque, Esterle, Belluzzi, Hyernaux); un, une femme atteinte d'hémorrhagie cérébrale (Esterle). Le dernier, une femme atteinte d'une tumeur chronique et d'hydramnios.

Des 7 enfants qui naquirent vivants et moururent avant le huitième jour, 4 avaient pour mères des femmes atteintes d'apoplexie cérébrale (Pellegrini, 2, Belluzzi, Roméi).

Enfin, les 3 autres enfants avaient pour mères : un d'Esterle, une femme atteinte d'une maladie de Bright, il vécut quelques heures; un autre d'Esterle, une femme atteinte d'une affection bronchiale et intestinale.

Dans le fait de Polaillon, la mère était atteinte de sacrocoxalgie, et mourait de fièvre hectique; l'enfant vécut vingt-quatre heures.

De ces faits, trop peu nombreux encore, on peut admettre que dans la phthisie pulmonaire, dans la congestion et les hémorrhagies cérébrales, les enfants conservent, pendant les heures d'agonie de la mère, une vitalité suffisante pour qu'ils aient chance d'être extraits vivants et de continuer à vivre.

Cette question a une importance grande en clinique, il est telles affections où l'enfant meurt avant la mère, et alors il faudrait se hâter; telles autres où on a chance de retirer un enfant vivant, même après la mort de la mère. Il y a dans

cette voie, où nous avons à peine quelques jalons pour nous conduire, toute une étude à faire (1).

Tandis que l'adulte a besoin de 14 grammes d'oxygène par kilogramme et par jour, 4 centigrammes par kilogramme et par jour suffiraient au fœtus. Voilà qui peut bien servir à expliquer comment, dans les cas de mort apparente, le fœtus peut continuer à vivre, comment aussi il peut survivre à la mère. Mais cela ne fait pas comprendre pourquoi des enfants extraits de 5 à 15 minutes après la mort de la mère, ont pu être rappelés à la vie, tandis que d'autres délivrés à l'instant même de la mort ou avant la mort, n'ont pas pu l'être.

Les travaux de Zweift, Zuntz, Pflüger, A. Högies, nous mettront-ils sur la voie?

Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, le fœtus survit à la mère un temps plus ou moins long. En voici l'explication : dans l'asphyxie ordinaire, le sang de la mère ne recevant plus d'oxygène en emprunte au fœtus, d'où la mort très-rapide de celui-ci.

Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, le sang perd toute faculté d'absorber de l'oxygène, il ne peut, par conséquent, pas plus en emprunter au fœtus qu'à l'air ambiant, et comme une très-petite quantité d'oxygène suffit à l'enfant, il survit un certain temps à l'organisme maternel.

L'altération du sang par l'oxyde de carbone est tellement spéciale, qu'il est douteux qu'elle serve à expliquer ce qui se passe dans d'autres états morbides. Dans cette voie, tout est à faire.

Ce que nous savons cependant, c'est que dans les pyrexies, la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, dans toutes les formes morbides à température très-élevée, la température de l'enfant étant de un degré supérieur à celle de la mère, il court risque de périr rapidement. Et il est certain qu'il faut se hâter d'agir dans ces cas.

---

(1) Pinard. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Article *Fœtus*, p. 524.

Du reste, Esterle a dit qu'il fallait se hâter d'agir *dans le choléra, la phthisie, l'hémorrhagie, les exanthèmes aigus, l'inflammation cérébrale, l'éclampsie, les affections cancéreuses, syphilitiques, l'empoisonnement saturnin.....* Esterle a englobé dans cette énumération des états si différents, qu'il est impossible d'accepter cette opinion sans examen. Que dans le choléra, l'éclampsie, l'empoisonnement saturnin, les exanthèmes aigus, il faille se hâter, c'est incontestable, car souvent l'enfant meurt avant la mère (il y aurait cependant une restriction à faire pour les cholériques, chez lesquelles Rizzoli et plusieurs de ses collègues ont pu extraire des enfants vivants après la mort des mères); mais pour la phthisie et l'hémorrhagie cérébrale, l'affirmation d'Esterle est des plus contestables, les faits cités plus haut feraient plutôt conclure autrement, puisque sur 13 enfants extraits vivants, 4 avaient pour mères des phthisiques, et 4 des femmes atteintes d'hémorrhagie cérébrale. En réalité, en dehors de quelques faits généraux, nous ne savons rien, toute cette étude est à faire, et nous n'avons pour nous guider que les bruits du cœur du fœtus. Dès que, dans un état très-grave de la mère, leur rhythme et leur fréquence s'altèrent, il faut agir. On ne doit pas oublier que pendant l'agonie, les râles qui ont pour siége l'œsophage et la trachée, masquent parfois complétement les bruits du cœur de l'enfant.

Les résultats relatifs aux mères ne sont pas moins intéressants.

La malade de Belluzzi, atteinte d'une maladie de cœur, et qu'on croyait n'avoir que quelques heures à vivre, survécut trois mois. Celle de Talinucci, atteinte d'hydramnios et probablement, car ce point n'est pas très-clair, d'une hydropisie de l'ovaire, fut ponctionnée ensuite trois fois et vivait encore trois ans après.

Enfin, trois de ces femmes guérirent. La première opérée de Pellegrini, atteinte d'apoplexie cérébrale, *guérit parfaitement.*

La seconde opérée, atteinte aussi d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie, put se lever le trente-cinquième jour.

Enfin, la malade de Moretti, atteinte de congestion et d'œ-

dème pulmonaires, qui avait un pouls filiforme, et qui fut accouchée dans le sopor, le soir, avait repris ses sens, et la guérison fut complète.

Des 10 autres femmes, 3 éprouvèrent un soulagement momentané après l'accouchement. La phthisique d'Esterle éprouva un soulagement passager; chez celle de Duparcque, la respiration *fut plus libre*, *moins râleuse*, et elle survécut cinq jours contre toute attente; la femme atteinte de maladie de Bright, accouchée par Esterle, éprouva un soulagement passager et mourut quarante heures après.

L'accouchement provoqué ou forcé pendant l'agonie, loin de hâter la terminaison fatale, comme le craignait Duparcque, la retarde plutôt; et, résultat autrement intéressant! dans des cas en apparence désespérés, comme ceux de Pellegrini et de Moretti, la délivrance modifie de telle sorte et si rapidement les conditions de la circulation, que les malades ont éprouvé une très-rapide amélioration et ont pu guérir.

D'ailleurs, nous pensons que, de même qu'il est équitable de considérer cette série de 13 enfants extraits vivants comme exceptionnellement heureuse, il est peut-être sage de considérer ces faits de guérison comme exceptionnels. Quelle que soit l'opinion qu'on s'en fasse, ils corroborent ce que nous avait enseigné l'accouchement prématuré provoqué, qui dans des cas excessivement graves, a amené un changement que rien ne faisait espérer et parfois une guérison définitive.

Une autre particularité intéressante à noter, c'est que la délivrance ne s'est accompagnée d'hémorrhagie dans aucun de ces quinze cas, et chez plusieurs de ces femmes qui sont mortes, quelques heures et même une heure après l'accouchement, l'utérus s'est contracté ou rétracté, comme chez des femmes en pleine santé.

Esterle fait remarquer par deux fois qu'il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Belluzzi note qu'il y eut quelques contractions de l'utérus.

Roméi, que l'utérus se contracta régulièrement.

Il nous reste à examiner le mode opératoire. La dilatation

peut être faite ou lentement, ou rapidement, ou instantanément.

En cela, l'état de l'enfant, celui de la mère, doivent guider l'opérateur.

S'il s'agit d'une maladie lente, que l'agonie commence, que les battements du cœur de l'enfant soient forts et réguliers, il est sage d'imiter Esterle. L'accoucheur de Novare, peu partisan de l'accouchement forcé, provoqua le travail une fois au moyen d'une vessie de caoutchouc, placée dans le vagin et très-distendue; une autre fois, au moyen de la douche utérine.

La sonde élastique laissée à demeure dans l'utérus, est un moyen simple, plus exempt de danger que la douche, plus efficace que le tampon. Du reste tout excitant provoquera d'autant plus rapidement la dilatation, que l'agonie amène un relâchement des sphincters et le plus souvent des contractions.

Dans un cas d'Esterle, la grossesse est à huit mois, l'orifice est peu dilaté, mais mou et dilatable; chez une autre de ses opérées, à sept mois et demi, il trouva l'orifice dilaté, la poche des eaux dans le vagin.

Belluzzi trouve chez sa phthisique à terme l'orifice largement béant; chez la femme atteinte d'une maladie de cœur, enceinte de huit mois, l'orifice présente le diamètre d'une monnaie de 2 lires et est dilatable. Chez la malade de Polaillon, enceinte de huit mois et demi, le col est effacé, dilaté comme une pièce de 2 francs. Dans le second fait de Pellegrini, le col est ramolli et assez large pour admettre facilement le doigt. Ceci explique qu'un tampon vaginal, une ou deux douches utérines, ont suffi pour provoquer la dilatation en quelques heures. Ce relâchement et ce commencement de travail expliquent aussi comment la pénétration de la main dans l'utérus a été presque toujours facile et rapide. Le temps nécessaire à la dilatation a été sans doute fort court; il n'est noté que dans trois observations : dans celle de Pellegrini, il est dit que la main pénétra en dix minutes; dans le fait de Hyernaux, toute l'opération avait duré cinq minutes; Duparcque trouva le col non entièrement effacé, la dilatation manuelle dura de

15 à 20 minutes. Esterle seul a eu recours aux procédés habituels de l'accouchement prématuré artificiel, pour provoquer le travail.

Deux fois seulement, les accoucheurs se sont servis d'instruments, autre que la main, pour dilater le col.

Hyernaux remplaça son doigt par une pince à polypes, dont il écarta les mors. Polaillon fit trois incisions latérales sur le col effacé et dilaté, comme une pièce de 2 francs.

L'enseignement qu'on peut retirer de cette longue et sans doute fastidieuse analyse, c'est que l'accouchement forcé ou provoqué chez la femme enceinte à l'agonie, doit être mis en pratique d'abord et surtout dans l'intérêt de l'enfant; il doit l'être parfois, même avec la certitude de la mort de l'enfant dans l'intérêt de la mère. Le cas de Moretti est peut être une exception, cependant il mérite de ne pas tomber dans l'oubli, pas plus que ceux de Belluzzi et de Pellegrini.

L'auscultation seule peut nous guider pour le moment de l'intervention. Il faut se hâter dans les pyrexies. Suivant Esterle, il faut se hâter, dans l'intérêt de la mère, chez les femmes enceintes atteintes du choléra.

Presque toutes les femmes enceintes, atteintes de choléra et abandonnées à elles-mêmes, en moururent; un certain nombre, au contraire, guérirent une fois délivrées.

Une autre conclusion à tirer, c'est que l'accouchement forcé pendant l'agonie est sans gravité. Les cinq femmes qui survécurent ou guérirent définitivement, n'eurent pas de suites de couches pathologiques. Chez celles qui moururent et dont l'autopsie fut faite, les lésions trouvées furent insignifiantes. Belluzzi signale une petite déchirure au col; dans le fait de Hyernaux, le col ne paraissait pas avoir souffert sensiblement. Chez la malade de Roméi, on ne trouva pas la plus petite lésion.

Pourquoi n'y pas recourir plus souvent dans l'éclampsie puerpérale? Ne péchons-nous pas par excès de timidité?

Cinq fois de suite, Hyernaux put faire l'accouchement forcé chez des éclamptiques, en remplaçant les doigts fatigués par

une pince à polype. Les cinq femmes guérirent et quatre enfants furent extraits vivants.

Parmi les observations recueillies dans ce mémoire, il en est une qui a une physionomie à part, c'est celle de Duparcque. Et chose remarquable! il ne publia ce fait très-intéressant que dix-sept ans après, comme s'il eût craint quelque blâme. Pourtant sa conduite n'a rien que de fort correct.

Peut-être eût-il pu glisser plus légèrement sur le mobile qui le fit agir : toute ingérence du médecin, ayant pour but de protéger les intérêts matériels d'un membre d'une famille à l'exclusion d'autres, ne peut que nuire à sa considération. Ceci nous conduit à examiner le parti que le médecin peut tirer de l'accouchement artificiel par les voies naturelles, dans les cas où il pourrait redouter d'engager, par une autre opération, sa responsabilité. Cette responsabilité est telle, qu'en 1860, quelques accoucheurs (Hatin, Kercaradee) demandaient une modification à notre législation.

Les discours prononcés lors de cette discussion mémorable, prouvèrent en effet que nos lois ne protégent pas beaucoup plus les intérêts professionnels du médecin que ceux de l'enfant, puisque le médecin a toujours intérêt à ne point intervenir; ce qui n'empêcha pas l'Académie de déclarer par sa commission « qu'à son avis, la législation actuelle suffit à sauvegarder et les droits professionnels du médecin et l'accomplissement de ses devoirs envers la femme enceinte qui vient de décéder. »

Aujourd'hui, grâce à l'accouchement forcé après la mort, cette déclaration serait presque admissible; elle l'était peu en 1861, alors qu'il était uniquement question de l'opération césarienne *post mortem*.

Aujourd'hui, si notre législation ne protége pas mieux le médecin, il peut du moins, dans de certaines limites, se protéger lui-même, concilier à la fois les intérêts de la mère, ceux de l'enfant, les siens propres.

Inquiéter un médecin pour avoir retiré d'un cadavre un enfant par la version, se comprendrait peu, et quant aux pour-

suites pour homicide involontaire, elles sont devenues impossibles.

Grâce à cette méthode, il peut donc éviter bien des ennuis; il ne doit d'ailleurs jamais perdre de vue, qu'en cas de mort subite, un excès de prudence est en quelque sorte nécessaire. La plus légère inattention peut lui coûter cher comme le prouve le fait suivant :

Enterrée vive!

Dernièrement (1), devant la cour d'appel de Naples, vint une cause très-intéressante. A Castel del Giudice, village de la province de Naples, une femme sur le point d'accoucher fut prise d'un malaise subit et, quelques instants après, elle gisait sans connaissance. Le médecin qui fut appelé déclara, après l'avoir examinée, qu'elle était morte. Pressé de faire l'opération césarienne, il répondit que c'était inutile, qu'il n'y avait aucune espérance de sauver l'enfant. La malheureuse fut ensevelie après vingt-quatre heures seulement.

Quelques jours après, comme on devait enterrer une petite fille, la sépulture fut ouverte, et on remarqua que le cadavre n'était pas dans la position où il avait été placé.

La nouvelle s'en répandit. On descendit dans la sépulture, et on vit avec horreur que le ruban qui entourait les jambes était rompu, qu'elle avait les mains à la bouche comme pour délier le lien qui la serrait, et qu'elle était accouchée d'un enfant qui était mort.

Scène d'horreur, dont la pensée seule fait frissonner!

La cour d'appel fut bénigne, très-bénigne. On réduisit la peine infligée par les premiers juges, à trois mois de prison seulement.

Il s'agit là d'un article à sensation, emprunté à un journal politique, et tel que le fait est raconté, on pourrait même mettre en doute la mort apparente. L'accouchement ne prouve rien; nombre de femmes enceintes sont accouchées après la mort, et l'accouchement a pu suffire pour rompre le lien qui réunissait les jambes en les écartant brusquement, etc., etc.

Mais ce qu'il faut en retenir, c'est cette condamnation à

---

(1) Belluzzi. *Bull. des sciences méd. de Bologne*, janvier 1878.

trois mois de prison, que ce médecin pouvait si facilement éviter en recommandant d'attendre les premiers signes de décomposition, et mieux encore en délivrant cette femme par la méthode de son compatriote Rizzoli; car il est à remarquer que la traction exercée sur le fœtus et le frottement sur la face interne de l'utérus par la vessie, a suffi pour faire sortir les femmes de leur état léthargique. En tout cas, il était à l'abri de tout reproche et de toute poursuite.

La méthode italienne ne rendra pas de moindres services à l'accoucheur, lorsque auprès d'une femme qui vient de mourir en état de grossesse avancée, un membre de la famille lui enjoindra de délivrer la mère, tandis qu'un autre le lui prohibera. La situation est des plus difficiles; si le médecin n'a d'autre moyen de délivrance que d'ouvrir le cadavre de la mère, le plus souvent il hésitera et s'abstiendra; si, au contraire, il n'a pour but que de conserver la vie de l'enfant, sans tenir compte des intérêts matériels en cause, grâce à la délivrance par les voies naturelles, il pourra assumer une responsabilité trop grande, faire son devoir.

Le fait suivant, qui s'est passé en Belgique, dans une famille dont il faut taire le nom, m'a été conté par le Dr M. Rey (1) :

Une jeune femme, Madame de R..., succomba à la suite d'une chute faite dans un escalier, dans le neuvième mois d'une première grossesse. Avant qu'elle rendît le dernier soupir, les médecins appelés purent constater que l'enfant vivait; le mari demandait l'opération césarienne, mais devant l'opposition de la famille les médecins hésitèrent. L'opération ne fut pratiquée que lorsque la mort fut constatée définitivement. L'enfant avait cessé de vivre pendant ce temps.

Si les médecins eussent connu la méthode d'extraction par les voies naturelles, auraient-ils hésité à faire la délivrance?

---

(1) Je prie le Dr M. Rey d'accepter tous mes remerciments pour l'empressement qu'il a mis à me procurer les Mémoires des accoucheurs italiens.

On pourra difficilement, en effet, exercer des poursuites contre un médecin qui aura terminé un accouchement par une version. On pourra en exercer, au contraire, dans le cas d'une opération césarienne *post mortem*. Aussi Hatin demandait-il au moins la simple autorisation, pour le médecin, de faire selon sa conscience, mais écrite dans notre législation.

Hatin faisait remarquer, avec raison, que l'occasion de pratiquer l'opération césarienne n'est pas très-rare, et il se demandait pourquoi on ne la pratique plus aujourd'hui aussi souvent qu'autrefois.

Pourquoi? C'est qu'elle fait peser sur le médecin une trop lourde responsabilité; c'est que, a dit le professeur Depaul, l'opération doit être faite sur le corps d'une femme dont la mort est plus ou moins probable, mais n'est jamais certaine. Pourquoi? Voici la réponse de Tardieu : « Si le médecin peut être actionné si ridiculement, que sera-ce pour un acte aussi grave que l'opération césarienne après la mort, qui soulève et peut léser des intérêts considérables légitimes ou non, et qui froisse dans tous les cas des sentiments si respectables. Bien des tribunaux, je n'hésite pas à le dire, se rencontreraient pour leur donner raison et faire repentir le médecin de son intervention et de sa résistance consciencieuse aux vœux, intéressés ou seulement irréfléchis, d'un mari ou d'une famille. »

Pourquoi? demandait Hatin. Voici la réponse de Devergie : « Si la femme est vivante, qu'il y ait eu erreur dans la mort, et que l'opération césarienne entraîne ensuite le décès de la mère, nul doute qu'il se trouvera des familles qui intenteront un procès en dommages et intérêts; nul doute qu'un magistrat soit en droit d'exercer des poursuites contre le médecin, sous inculpation d'homicide involontaire. Mais attendez, ce n'est là qu'un premier écueil. Le médecin se trouve devant une famille dont les intérêts sont divers. L'avis du mari est favorable, celui de la mère, des sœurs ou des héritiers de la défunte, ne l'est pas. Que devra faire le médecin? Ce n'est plus seulement l'erreur sur la vie qu'il lui faudra éviter, ce sont les

poursuites civiles en dommages et intérêts.» (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1860-1861.)

Après ces discours, on ne s'y serait pas attendu, la commission conclut, *qu'à son avis, la législation actuelle suffit à sauvegarder et les droits professionnels du médecin et l'accomplissement de ses devoirs envers la femme enceinte qui vient de décéder*, *et propose de déclarer qu'il n'y a lieu à aucune intervention de la part de l'Académie.*

Ainsi, après une opération césarienne *post mortem*, une famille pourra exercer des poursuites contre le médecin, sous l'inculpation d'homicide involontaire, tout au moins des poursuites civiles en dommages et intérêts, et on dit que la législation sauvegarde les droits professionnels du médecin! Soutiendra-t-on aussi qu'elle défend les intérêts de l'enfant? Un administrateur d'un grand hôpital a pu s'opposer, formellement, à l'extraction d'un enfant par l'opération césarienne (Gallard). Et ce qui peut étonner, c'est qu'il se soit trouvé des médecins pour faire l'opération césarienne *post mortem*. L'abstention ne peut pas être inquiétée, l'intervention peut toujours l'être. Le moyen de sortir de là avait été déjà indiqué par le professeur Depaul dans cette mémorable discussion : c'est l'extraction de l'enfant par les voies naturelles. Les faits lui donnent de plus en plus raison, et Verardini a pu dire : *la loi finira par imposer l'obligation d'extraire l'enfant par les voies naturelles.*

Il est peu probable que la loi française impose jamais cette obligation, son esprit y est opposé, mais ce qui est hors de doute, c'est que cette méthode d'extraction sauvegarde tous les intérêts y compris ceux des médecins.

Quant à la législation, sans lui enlever son caractère très-libéral et qu'il importe de conserver, on pourrait certes y inscrire la proposition de Hatin, *la simple autorisation écrite de faire selon sa conscience.*

Et sans aucune modification de la législation, par un simple règlement de police, il serait possible, quoiqu'indirectement, de couvrir la responsabilité du médecin.

Il y a dans chaque commune (du moins, il doit y avoir) un

médecin *vérificateur*, un médecin chargé de constater le décès, il suffirait de lui enjoindre ceci : Toute femme morte en état de grossesse avancée, doit être délivrée avant l'inhumation.

Sans enlever à la loi son caractère, sans même y toucher, on reconnaîtrait ainsi que c'est un devoir, pour le médecin, de délivrer les femmes décédées pendant la dernière période de la grossesse.

Cette légère modification aux règlements aurait un double avantage : d'une part, elle éviterait qu'en aucun cas (ce qui est rare, ce qui aurait pu arriver pour l'éclamptique de Rigaudeaux, par exemple), une femme en état de mort apparente pût être enterrée avec le produit de la conception ; d'autre part, elle aurait un caractère de protection qui laisserait au médecin une plus grande liberté d'action.

Quant au mode d'extraction, on peut le laisser au choix de l'opérateur, tant est grande notre conviction que, d'ici à peu de temps, on aura toujours recours à la méthode italienne.

L'opération césarienne *post mortem*, qui déjà appartient à un autre âge, doit disparaître de nos mœurs.

Elle emportera avec elle, il faut l'espérer, jusqu'au souvenir de ces mutilations que nous révèle parfois la presse politique, faites, comme à Champoly et à Saint-Etienne, par des charcutiers ou des aubergistes, à coups de rasoir ou de tranchet, sur des femmes peut-être encore vivantes.

AMPUTATION ET EXCISION DU COL UTÉRIN

INDICATIONS ET MÉTHODES OPÉRATOIRES

Par John Byrne, M. D., de Brooklyn (New-York).

Traduit de l'anglais par le Dr Cordes.

J'ai entendu un membre distingué de la Société obstétricale de New-York déclarer, dans une discussion, que : « une des opérations les plus sanglantes qu'il ait vues est une amputation du col par le galvanocautère. » J'en ai vu de pareilles moi-même, mais quelle est la vraie et simple explication de ce fait? Le fil était trop chaud, et la constriction trop forte ; en d'autres termes, c'est l'opérateur qui est responsable de l'accident, et non l'agent. Un opérateur insouciant et maladroit qui, dans une opération de hernie étranglée, pousserait son incision jusque *dans* l'intestin, oserait-il accuser son bistouri de cette faute? C'est cependant une accusation de même valeur qu'on porte contre le galvanocautère, quand on dit qu'il « ne garantit pas absolument contre l'hémorrhagie. » Puis, si la suture est « le plus sûr hémostatique, » comment se fait-il que l'hémorrhagie secondaire soit si peu rare après l'opération à lambeaux? J'ajouterai seulement que, dans aucune des amputations que j'ai faites avec le galvanocautère pour l'hypertrophie du col — et elles sont nombreuses — je n'ai jamais eu d'hémorrhagie, et qu'il ne doit jamais s'en produire, pourvu que l'on donne au fil le temps nécessaire pour séparer les tissus, et que l'on proportionne la force du courant au volume de l'anse galvanique. Le temps employé pour l'opération doit être rarement moindre que dix minutes ; elle prend souvent un quart d'heure. Après l'amputation, il faut soigneusement examiner le moignon et, si

(1) Voir le numéro d'octobre, p. 275.

l'on trouve quelque point imparfaitement cautérisé, il faut le toucher avec un instrument chauffé au *rouge sombre*, pour le mieux escharifier. Je n'ai vu que deux cas d'hémorrhagie secondaire après l'amputation du col hypertrophié *non cancéreux*; et, dans les deux cas, l'accident était dû à une imprudence impardonnable des opérées.

Un autre fait de grande importance, est aussi un sujet de désaccord entre les auteurs. C'est que la contraction cicatricielle du canal cervical et même son rétrécissement ou son oblitération complète serait plus fréquente après l'excision galvanique qu'après l'application d'autres agents. Sur ce point, mes opinions, que j'ai publiées, sont probablement familières à presque tous les membres de cette Société et mon expérience, en s'étendant, ne fait que m'en confirmer et m'en mieux corroborer l'exactitude. Le rétrécissement de l'orifice utérin, même son occlusion complète, à la suite de l'amputation cervicale faite par d'autres moyens que le cautère galvanique, est un fait clinique indiscutable, fréquent et bien prouvé. Quoique la plupart des observations de cas opérés par les ciseaux, le bistouri ou l'écraseur affectent à cet égard, comme sur d'autres conséquences importantes, un silence étonnant, qui pourrait éveiller les soupçons, on pourrait croire que cet accident est habituel plutôt qu'exceptionnel. Cependant les statistiques opératoires ne sont pas des guides infaillibles pour les questions délicates et minutieuses qui concernent le rétablissement des opérés; mais, trop souvent semblables à celles auxquelles Pauly a sans pitié appliqué *sa serpette éditoriale* (1), elles sont rassemblées pour prôner quelques succès chirurgicaux, bien plus que pour servir le progrès scientifique. De temps à autre, nous rencontrons un esprit droit et honnête qui avoue cette tendance au rétrécissement après les opérations pratiquées avec les instruments tranchants. Sims, par exemple, après

(1) J'ai préféré conserver l'expression anglaise dans toute sa saveur quoiqu'il ne fût pas difficile de trouver un équivalent en français (trad.).

avoir indiqué la nécessité de recouvrir le moignon d'une muqueuse, nous dit : « Après toutes les amputations du col, il se produit toujours un rétrécissement de l'orifice externe. » Et, dans un cas au moins, sur les six cas de Simpson, nous voyons l'opérée revenir à Edimbourg, deux ans après l'excision, pour être délivrée d'une « rétention des règles » causée par l'occlusion de l'orifice utérin, conséquence de l'adhérence des lèvres du col. » Si l'occlusion utérine, ou même un rétrécissement marqué était un accident fréquent après l'amputation galvanique, il est peu probable que Thomas qui l'avait pratiquée plus de vingt fois, il y a trois ans « sans un accident » l'ait laissé passer inaperçue, ou ait omis d'en parler. Nœggerrath, qui a aussi une expérience étendue de ces opérations, est arrivé à conclure que les rétrécissements cicatriciels sont rares et exceptionnels après l'excision galvanique. Quant à moi, je n'en ai vu, en tout que quatre cas, un sans importance, et aisément guéri, et les trois autres très-curables, je le crois, si l'on m'avait demandé de les soigner. Il y a une coïncidence remarquable dans le fait de ces quatre cas, les seuls que j'aie jamais vus, se présentant à moi au printemps de 1873, quoique le mode opératoire et le traitement général aient été les mêmes que dans des cas semblables traités avant et après ceux-là. Le premier était ma treizième opération, le second, ma quinzième, le troisième, ma seizième, le quatrième, ma dix-neuvième, tous les quatre dans l'espace de quelques semaines ! Le premier cas était probablement un cancer squirrheux (1). La malade âgée de 32 ans environ, avait six enfants, dont le dernier était âgé de 3 ans ; elle était en traitement depuis un an à peu près, lorsque je la vis pour la première fois, et les moyens les plus judicieux et les mieux dirigés, les plus consciencieusement appliqués n'avaient point amélioré son état, elle était même incapable de remplir ses devoirs de maîtresse de maison. Elle était blonde, solidement bâtie, de petite taille, avec cette appa-

(1) Par inadvertance la pièce n'a pas été examinée au microscope.

rence grasse et molle qui indique habituellement une nutrition défectueuse ; elle paraissait profondément cachectique. Elle souffrait aussi de crises névralgiques violentes et fréquentes, de douleurs pelviennes nocturnes, et de troubles caractéristiques, locaux et constitutionnels. Le col, très-gros et

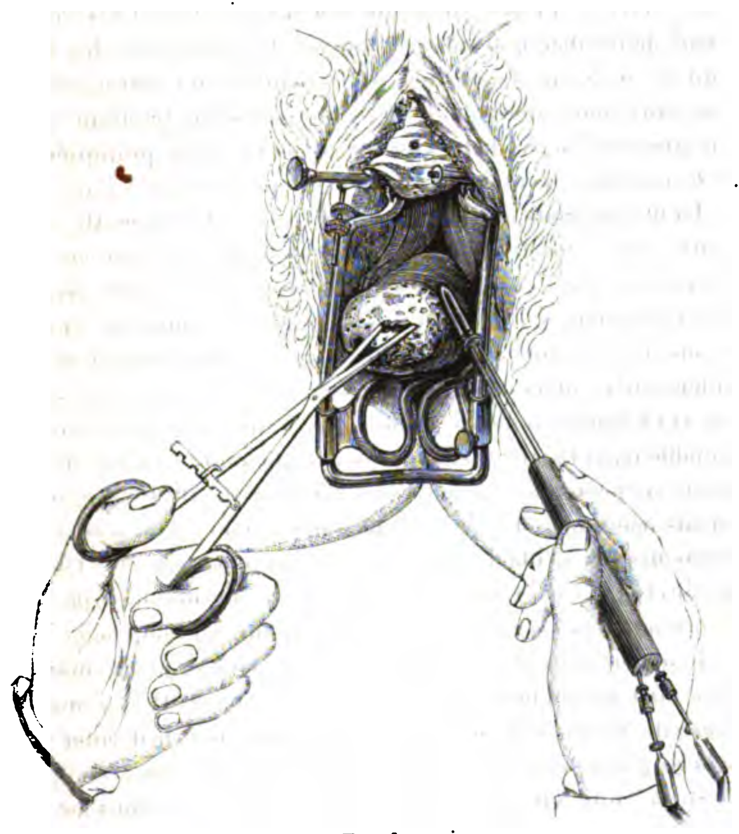


Fig. 1.

induré vers son insertion vaginale, était extrêmement sensible au toucher; sur la surface livide et fongoïde qui entourait le col, se voyaient des ulcérations profondes et nettes, qui donnaient à l'ensemble l'aspect d'un tissu rongé par les vers. Je fis l'amputation galvanique, le 19 février, d'après mon procédé

ordinaire (Voy. fig. 1) et tout se passa favorablement, sans aucun symptôme digne de remarque. Le 29 mai, son médecin ordinaire me pria de la voir avec lui ; elle avait eu trois fois ses règles depuis l'opération, avec les vives douleurs caractéristiques de la dysménorrhée par obstruction, quoique l'écoulement fût très-abondant, et durât plusieurs jours. En l'examinant, je trouvai le museau de tanche représenté par une petite ouverture, située au sommet d'une dépression conique formée par des bandes convergentes de tissu cicatriciel. Le 31 j'essayai de passer un stylet dans l'utérus, mais l'instrument fut arrêté à une distance d'un pouce environ de l'entrée.

La malade étant fort nerveuse, nous crûmes devoir remettre toute intervention. Le 2 juin, cependant, je la revis avec l'intention d'élargir l'ouverture en dilatant ou en incisant le col; mais elle était si incapable de supporter l'examen que je fus obligé de remettre encore toute tentative, l'anesthésie ayant eu quelques inconvénients lors de l'opération. J'étais cependant décidé à élargir le canal, fallût-il même pour cela anesthésier la malade, avant les prochaines règles qui devaient venir au bout de deux semaines ramener leurs souffrances habituelles. Mais la malade ne revint plus, et je crois qu'elle se fit traiter par plusieurs médecins de toute sorte, surtout par des charlatans. Enfin, elle eut le bonheur de tomber entre les mains d'un chirurgien qui sut la soulager par des moyens appropriés.

Le second cas fut traité par moi-même par une petite incision et l'introduction de dilatateurs en acier. Le troisième cas était très-semblable au premier, et le Dr Krackowizer, qui fut appelé à la soigner, la guérit par une incision. Le quatrième cas a fait le sujet d'une communication à la Société d'obstétrique de New-York, à laquelle je présentai l'utérus. Voici son histoire : Mme A..., âgée de 28 ans, mariée depuis plusieurs années, mais stérile, a toujours souffert de dysménorrhée ; elle a été traitée pour une « inflammation et une ulcération de la matrice » par son médecin ordinaire, qui me pria de la voir, et qui lui avait fait sans résultat les applications topiques habituelles. Le toucher me fit reconnaître un col très-volumineux et offrant au doigt

la sensation d'un corps fongueux; les bords étaient moins spongieux, mais inégaux et indurés. La portion vaginale paraissait avoir environ 38 millimètres de longueur, autant de largeur; elle était extrêmement sensible au toucher ou aux mouvements communiqués. Le spéculum me fit voir la moitié du col couverte de végétations luxuriantes, saignant au moindre contact et pâlissant vers les bords, qui étaient livides, brillants et irréguliers. Le canal cervical, sur une longueur de 26 millimètres environ, admettait aisément une sonde ordinaire; au delà, on ne pouvait faire pénétrer qu'un petit stylet, et encore avec difficulté, dans un trajet apparemment sinueux, à la profondeur de 82 millimètres. Nous pensâmes à un carcinome; mais, au point de vue du traitement, il me paraît peu nécessaire de savoir si nous avions affaire à une simple inflammation ou à une tumeur maligne. Comme la malade avait toujours souffert d'une dysménorrhée obstructive, qui avait sans doute développé une hypertrophie nutritive et un allongement cervical longtemps avant l'inflammation, l'amputation était non-seulement le seul, mais le plus sûr moyen d'obtenir un soulagement permanent. Je proposai immédiatement l'opération, et la fis quelques jours plus tard avec le galvano-cautère, pensant que s'il existait une sténose de l'orifice interne, on pourrait y remédier sans difficulté. La suite de cette histoire est intéressante, et elle rend un compte satisfaisant de l'état de la pièce que je vous présente.

La malade se remit fort bien, et n'eut pas de fièvre chirurgicale ni de péritonite, comme cela arrive après les opérations faites par le galvanocautère. Elle était tellement énervée par ses longues souffrances, et si heureuse de son amélioration et de l'absence de douleur, qu'elle refusa constamment de se laisser examiner ou de subir aucun traitement. L'époque menstruelle suivante se passa sans grande gêne, la seconde fut plus pénible, et la troisième, environ dix semaines après l'opération, fut précédée et accompagnée de symptômes dysménorrhéiques plus violents et plus aigus que jamais. Sur la demande instante de son médecin, elle consentit à se laisser visiter, et je fus prié de la voir. Le toucher me fit reconnaître une con-

striction du vagin près de son tiers supérieur, où il admettait à peine l'index; plus haut, je sentis une dépression à bords froncés qui marquait l'entrée de la cavité utérine. Avec l'aide d'un spéculum et d'une grosse pince à polype fenêtrée, je tendis la bande circulaire de tissu dur qui divisait transversalement le vagin en deux parties inégales, et je pus voir la dépression conique. Le moignon cervical présentait l'aspect d'une cupule et semblait formée par de nombreuses bandes de tissu cicatriciel, rayonnant de la circonférence vers le centre et convergeant vers une petite ouverture circulaire qui admettait à peine un petit stylet; une fois au delà de la cicatrice, le stylet pénétrait aisément dans le canal. A ce moment, la malade, qui avait refusé un anesthésique, devint si indocile, qu'il ne put être question de réparer le mal produit par sa propre faute, et malgré tous mes efforts et toutes mes promesses de succès, je la perdis de vue. Environ trois ans et demi plus tard, je fus engagé à assister à son autopsie.

Quoiqu'une grande portion de l'utérus eût été enlevée, cet organe était encore beaucoup plus gros qu'à l'état normal; sa cavité était divisée en deux compartiments, le plus large représentait le corps, l'inférieur comprenait la portion du col limitée en haut par l'orifice interne et en bas par une ouverture si étroite, qu'un stylet n'y passait que difficilement quand on le poussait de haut en bas; il pénétrait plus aisément, quand on l'introduisait de dedans en dehors. (Dans la figure on ne voit pas l'orifice externe rétréci; il est situé dans le canal qui représente le rétrécissement du tiers supérieur du vagin.)


FIG. 2.

Il faut ajouter que, quoique la malade fût morte d'une péritonite générale aiguë, ses médecins les Drs Georges K. Smith et Van Harlingen, ne considèrent pas la menstruation comme la cause directe de sa mort, parce que la dernière époque, dix

jours auparavant, n'avait pas été accompagnée de douleurs et de difficultés plus grandes que les précédentes. Dans les remarques que j'ai faites sur ce cas, j'ai avancé quelques idées que je répète ici; les voici : 1° Les rétrécissements cicatriciels viennent rarement à la suite de l'amputation faite avec le galvanocautère, et n'en sont jamais la conséquence directe; 2° ces accidents ont beaucoup moins de chances de se produire après l'emploi de cette méthode, qu'après l'application des autres méthodes, qui sont beaucoup plus dangereuses: 3° quand ils arrivent, on doit les considérer comme dus à des conditions et des circonstances dont la plupart sont sous notre dépendance, qui sont complétement en dehors de l'agent employé, qui se produisent dans toute opération chirurgicale quel que soit le procédé qu'on choisisse. Enfin, comme on ne saurait hésiter entre un danger vital et ces inconvénients relativement légers, je veux ajouter une quatrième proposition que je soumets à votre examen : si la rétraction cicatricielle du col et le froncement des tissus voisins étaient un résultat ordinaire et presque constant de l'excision galvanique, au lieu d'être, comme nous le savons, rare et exceptionnel, cette méthode n'en serait pas moins préférable à toutes les autres. J'ajouterai que la question n'est pas de savoir s'il se produit, ou non, des déformations cicatricielles, à la suite de l'application du cautère galvanique et des obstructions menstruelles, car la pièce qui est sous vos yeux prouve qu'il s'en produit; nous devons donc l'admettre et nous l'admettons volontiers. Mais si après une expérience de plusieurs années dans ma clientèle privée ou hospitalière, ayant employé, quand le cas l'indiquait, le galvano-cautère pour toutes les opérations intra-vaginales, à la place du couteau, des ciseaux, des escharotiques, des « modificateurs vitaux, » des acides forts, et ayant attentivement observé ses effets, je n'ai, sur près de cinquante amputations cervicales exécutées par cette méthode, *pour des cas de tumeurs bénignes* et principalement d'hypertrophie, rencontré que quatre cas du genre de celui dont vous avez la pièce sous les yeux, et qui est fort semblable aux trois autres, je crois pouvoir affirmer que

mes conclusions en faveur de cette opération sont exactes. Je sais bien que, lorsque nous examinons un cas de ce genre, nous sommes placés en face de deux éléments principaux, l'opération par le galvanocautère, et le cas lui-même. Il est cependant inutile de dire que, si nous voulons raisonner sur deux éléments si différents, un cas unique et un fait isolé, nous n'avons en main que le premier et le dernier anneau d'une longue chaîne; s'il nous arrive d'avoir raison ce n'est que par le plus grand des hasards; il est infiniment plus probable que nos conclusions seront absurdes et insoutenables (1).

Je désire attirer aussi votre attention sur le pronostic des affections carcinomateuses du col, surtout par rapport à l'influence que peut avoir sur elles le traitement chirurgical. J'ai déjà dit que, outre les dangers immédiats de ces opérations, leur tendance à la récidive a été mise en avant comme un puissant argument contre l'intervention chirurgicale. Sur cette importance, Lever ne fait que rapporter l'opinion de la plupart des auteurs, même contemporains, lorsqu'il dit : « S'il n'y a « pas une tranche de tissu sain entre la portion à enlever et le « corps utérin, la maladie ne tardera certainement pas à « récidiver. » Et ailleurs : « Il est inutile d'amputer la par- « tie malade, quelque favorable que soit le cas, si nous ne « pouvons pas guérir la diathèse cancéreuse qui existe chez « nos malades, et qui amènera le retour du mal, dans l'utérus « ou dans un autre organe. »

(1) Quoique, comme le dit Sims, le col puisse se rétracter après l'amputation, il est cependant surprenant qu'on ait rapporté un si petit nombre de cas de rétrécissement. Aussi, la citation suivante d'un cas de Sir J.-Y. Simpson, dans lequel le galvanocautère ne fut pas employé, pourra présenter quelque intérêt. « La malade est revenue dernièrement à Edimbourg, elle est maintenant en traitement pour une occlusion de l'orifice utérin, conséquence de l'adhérence des deux lèvres du col, et qui a causé une rétention de la sécrétion menstruelle. Le Dr Simpson a fait une incision dans le col cicatrisé, et fait sortir une quantité de liquide menstruel épais. » *Simpson's Obst. Work* (note de l'éditeur), vol. I, p. 186.

Pour appuyer cette objection, on a fait appel aux statistiques, et, quoiqu'il faille avouer qu'elles puissent admirablement servir à soutenir les opinions les plus opposées, on ne peut que reconnaître qu'elles disent cette fois la vérité, en ce qui concerne les résultats des opérations faites avec d'autres agents que le galvanocautère. Mais, je l'ai dit ailleurs, les tissus séparés par le galvanocautère ne se comportent point comme ceux qui ont été tranchés par d'autres moyens. L'influence modificatrice — peut-être un pouvoir destructeur des dépôts morbides — n'est pas limitée à la surface sur laquelle a passé le fil ou l'agent cautérisateur, elle s'étend aux tissus sous-jacents, et même beaucoup au delà peut-être. C'est ainsi qu'il m'est arrivé assez fréquemment de voir des cas complétement désespérés, dans lesquels la vie s'est prolongée dans un bien-être relatif, après l'application de la curette et une cautérisation. Je dois donc croire que, dans tous les cas où le fil galvanique peut être placé même un peu au-dessous de la limite du mal, on peut espérer une cure radicale, si l'on cautérise complétement et profondément le moignon un peu plus tard. Il me semble donc probable que les doctrines et les opinions émises sur la plus grande tendance qu'auraient les tissus opérés à subir la dégénérescence cancéreuse, ne peuvent s'appliquer aux organes et aux tissus soumis à l'influence du cautère électrique. Quant à l'étendue de la dégénérescence utérine, et à l'infection constitutionnelle, qu'on suppose devoir contre indiquer toute opération, je dois affirmer que j'ai eu à plusieurs reprises l'occasion de voir que la valeur de ces objections a été exagérée, et qu'il faut ne leur donner qu'une importance plus restreinte. Ainsi, dans les cas de cancer, même étendu, lorsqu'une grande partie du col, toute la portion vaginale, et même au delà, est détruite, un emploi courageux, mais prudent et judicieux du cautère électrique, pourra amener apparemment un arrêt complet du mal pendant plusieurs années, et guérir tous les troubles généraux (v. le cas II). Bien plus, si, outre une destruction du col sur une large surface, on trouve des points infiltrés de cancer dans les parois vaginales, il ne faut pas abandonner

la malade; car le même agent pourra lui donner un long répit (v. le cas VI). Pour conclure, je n'ai plus qu'à dire que, de tous les moyens et de toutes les méthodes connues ou employées jusqu'ici pour amputer ou exciser le col utérin, quelles que soient les indications, le galvanocautère est de beaucoup le plus sûr et que, dans le cas de cancer, il est sans contredit le meilleur et le plus réellement curatif. Je ne puis mieux faire que de citer les paroles de notre distingué collègue, le Dr Thomas : « Sans comparaison, le meilleur et le plus sûr moyen est « le galvanocautère, et c'est, à moins d'indications précises « pour les ciseaux ou l'écraseur, c'est lui qu'il faut choisir..... « Celui qui exécute cette opération avec d'autres instruments « doit ne pas oublier qu'il diminue incontestablement les « chances de vie de sa malade. »

Les observations qu'on va lire, prises, pour la plupart, parmi mes premières opérations, peuvent présenter quelque intérêt. Quant à leur choix, je n'ai guère besoin de faire observer que je n'obéis pas au désir de proclamer des succès, le nombre de ceux que je cite est trop peu considérable; on ne supposera pas non plus que je n'ai pas eu des cas moins encourageants, je ne rapporte ceux-ci que comme appui aux vues et aux opinions avancées dans ce mémoire, ils serviront aussi à indiquer le mode opératoire que j'adopte en général.

Cas I. *Epithélioma de la lèvre postérieure de l'utérus chez une dame indubitablement prédisposée par l'hérédité au cancer. Excision par le galvanocautère il y a plus de sept ans. Santé parfaite jusqu'ici.*

Madame A..., 48 ans, multipare, a toujours eu une bonne santé, jusqu'en juillet 1869, où je fus appelé à la voir. Elle se plaignait de violentes douleurs dans le dos et d'une sensation de pesanteur, elle avait depuis quelque temps remarqué qu'elle perdait des mucosités quelquefois mêlées de sang. La menstruation avait toujours été régulière et normale. Le toucher me fit constater que la lèvre postérieure du col était grosse, dure

et sensible. Avec le spéculum je vis que la moitié, au moins, de cette lèvre était un peu élevée, tomenteuse et privée de son épithélium. La lèvre antérieure, un peu gonflée, était molle, moins sensible que l'autre et plus pâle. J'instituai un traitement local, consistant en douches vaginales chaudes et dans l'application d'un glycérolé d'iode, une ou deux fois par semaine. Après quelques semaines je pus constater une amélioration marquée, qu'on pouvait espérer voir s'établir définitivement.

Le 9 novembre, elle me pria de la revoir, me disant que ses anciennes douleurs et d'autres symptômes pénibles reparaissaient, et s'accusaient même davantage. Chaque matin, vers quatre ou cinq heures, elle était prise de violentes douleurs lombaires et hypogastriques qui duraient jusqu'à neuf ou dix heures et la laissaient dans un état supportable jusqu'au lendemain à la même heure.

Au speculum, le col présentait un aspect semblable à celui qu'il offrait au début, et je prescrivis un traitement local vigoureux, mais cette fois, sans succès. Je pus alors affirmer un épithélioma que j'avais dès l'abord soupçonné, par ces deux raisons en particulier : la prédisposition héréditaire, très-nette, dont j'avais des preuves, et le fait que le mal avait résisté à un traitement local et général qui aurait dû, dans toute autre maladie, amener une amélioration, sinon la guérison.

A cette époque (décembre 1869), le Dr Nœggerrath présenta à la Société obstétricale de New-York un col épithéliomateux excisé par le galvanocautère, la ressemblance de cette pièce avec ce que j'avais vu chez ma malade me décida à demander le Dr Nœggerrath en consultation. Il confirma mon diagnostic et nous décidâmes d'exciser la partie malade avec le cautère galvanique. L'opération fut faite le 4 janvier 1870. La portion amputée comprenait toute la portion vaginale de la lèvre postérieure; au bout de deux semaines, l'opérée se levait, elle allait et venait.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS ET SUR LE MOMENT OU IL FAUT PRATIQUER LA LIGATURE DU CORDON OMBILICAL (1).

Par M. Ch. Porak
Ancien interne des hôpitaux.

(SUITE) (2).

L'enfant profite donc d'une quantité considérable de sang, de 92 grammes de sang par la ligature tardive. Budin admet, d'après les recherches de Welker, qu'on peut évaluer la quantité totale du sang au 1/13 du poids du corps, c'est-à-dire de 250 à 270 grammes. Par la ligature immédiate, on soustrait donc à l'enfant le tiers de la quantité de sang que contiennent ses vaisseaux.

Dans le mémoire de Schücking, où sont reproduites les idées de Budin, ce fait prend des proportions bien différentes. — Schücking corrige Budin ; il lui rappelle que Welker, qu'il a cité, a fixé que la quantité du sang chez l'adulte équivaut au 1/13 du poids de son corps : c'est vrai ; mais que chez l'enfant elle n'équivaut qu'au 1/19 du poids de son corps, de telle sorte que ce n'est pas 250 à 270 grammes de sang qu'il a dans ses vaisseaux, mais 175 grammes seulement.

Or ce qui n'est qu'un artifice d'exposition, qu'un moyen très-saisissant pour M. Budin de convaincre tout le monde de l'importance de la notion qu'il a avancée, offre dans le Mémoire

(1) Extrait de la *Revue mensuelle de méd. et de chir.*

(2) Voir les *Annales de Gynécologie*, nos de septembre, octobre et novembre 1878.

de Schücking un moyen facile pour le contradicteur de donner une démonstration du contraire.

Schücking, en effet, considère le sang contenu dans le placenta comme ayant droit de domicile dans l'appareil circulatoire du nouveau-né, comme une réserve (Reserveblut) qu'il faut faire pénétrer dans le corps de l'enfant. L'enfant est alors, en effet, dans la situation des animaux dont la délivrance suit la mise à bas, animaux qui ont probablement servi aux expériences de Welker. L'enfant se trouve donc, suivant les suppositions de cet auteur, avec 175 grammes de sang. — Si on lui fait une ligature immédiate, on peut le priver de 135 grammes de sang (Schücking, obs. VII), de 176 grammes de sang (Budin, observation LVII). — Qu'on lui fasse maintenant une saignée du cordon, et on soustrait à l'enfant plus de sang qu'il n'en a. Voilà les résultats que l'on obtient par une déduction logique.

Ce qu'il y a de vrai, c'est que nous ne savons à quel moment l'enfant acquiert la quantité de sang qu'il doit avoir physiologiquement, et c'est ce moment qu'il faudrait connaître. Les chiffres pris sur les animaux ne peuvent nous servir que comme un point de comparaison grossière.

Ce qu'il y a de possible, c'est que par la ligature tardive, on donne à l'enfant le tiers de son sang en trop (Budin), la moitié de son sang en trop (Schücking).

Avant de chercher à apprécier la valeur des différents procédés de ligature, il est utile d'étudier les questions suivantes :

1° Quel est le mécanisme de la pénétration du sang dans le corps du nouveau-né, à la suite de la ligature tardive?

2° Quelle est l'importance du sang, comme fluide vital, chez le nouveau-né?

I. Quel est le mécanisme de la pénétration du sang dans le corps du nouveau-né, à la suite de la ligature tardive?

Le sang pénètre-t-il dans le corps de l'enfant par le fait de l'aspiration thoracique? — Se loge-t-il dans les vaisseaux pulmonaires, atélectasiés au moment de la naissance, distendus dès que l'enfant a respiré? L'ampliation thoracique suffit-elle à lo-

ger le sang en excès par le fait de la ligature tardive, sans qu'il en résulte une augmentation de la tension vasculaire?

Je ne puis en aucune façon reconnaître à la dilatation thoracique, à l'aspiration, à la succion déterminées à chaque inspiration par le thorax sur le sang de la veine ombilicale, une influence aussi prépondérante.

Et il ne s'agit pas là d'une discussion de détail; elle intéresse le fond même de la question que je traite. Si, en effet, le sang pénètre simplement par aspiration thoracique, il y a de grandes chances pour qu'il n'en pénètre que juste la quantité qui peut se loger dans le poumon dilaté, et la pratique recommandée par Budin est bonne. Si, au contraire, le sang est poussé violemment dans l'appareil circulatoire, de façon à le distendre dans toute son étendue et à se loger non-seulement dans les capillaires, mais encore dans tous les capillaires, la ligature tardive devient une pratique d'une valeur au moins très-contestable.

Or, lorsqu'on observe attentivement ce qui se passe après le dégagement du corps de l'enfant, on constate du côté du cordon d'abord la cessation des battements des artères ombilicales le long de la tige funiculaire. Le moment où elles cessent de battre varie de 1, 2 à 2 minutes 1/2. On continue à percevoir beaucoup plus longtemps des pulsations près de l'ombilic. Ce qui nous intéresse seulement au point de vue de la progression du sang, ce sont les battements artériels, dans toute l'étendue de la tige funiculaire. Ce sont donc surtout ceux-là qu'il importe de constater et non pas les pulsations rétrogrades. Si j'ai attendu dans mes expériences la cessation des pulsations rétrogrades, c'est que je préférai, voulant étudier l'effet de la ligature tardive, me mettre dans les conditions où l'enfant profiterait de la plus grande quantité de sang.

Le cordon est pendant tout ce temps bleuâtre, turgide. Dès que les artères cessent de battre, il ne s'affaisse pas dans toutes ses parties, comme l'a observé Budin : il s'affaisse seulement dans sa partie artérielle, la veine reste au contraire gonflée et forme un cordon hélicoïde turgescent et bleuâtre, distendu autour du reste du cordon, qui est pâle et affaissé. Cet état persiste

1 à 2 minutes, et ce n'est que plus tard que l'on voit au niveau des valvules de petits étranglements. Mais, tandis que la partie artérielle est absolument exsangue à partir de la deuxième minute, la veine reste toujours distendue par du sang.

Comment s'expliquer ces phénomènes? Ils sont bien simples. Dans les deux premières minutes, le cœur fœtal envoie à chaque systole une certaine quantité de sang dans le cordon ombilical; l'utérus, relâché d'abord pendant un temps très-court, 1/4, 1/2 minute, ne comprime pas beaucoup le placenta, et le fœtus perd du sang et du poids (Schücking), puis l'utérus se contracte et se rétracte, et il fait violemment pénétrer dans le corps de l'enfant le sang contenu dans le placenta, qu'il exprime comme une éponge. Quelle comparaison peut-on établir entre ces deux muscles : le cœur du nouveau-né, l'utérus de la mère? Les preuves de l'action prépondérante de la contraction utérine pour faire pénétrer le sang dans le corps de l'enfant ne font pas défaut.

Si l'on comprime la veine au-dessus de l'ombilic, le sang qui se trouve situé entre l'ombilic et le point comprimé est-il aspiré par le thorax? En aucune façon; la veine reste aussi distendue que si l'enfant ne respirait pas.

Que l'on exprime le cordon de façon à faire pénétrer le sang dans le corps de l'enfant, ainsi que je l'ai indiqué dans les observations d'un de mes tableaux, on voit que la veine, affaissée par la pression, se distend aussitôt qu'on ne la comprime plus. D'où vient le sang? Ce n'est pas du corps de l'enfant, puisque la pression du doigt lui oppose un obstacle insurmontable, mais bien du côté placentaire, et il s'accumule en grande quantité dans la veine, qui est distendue et dure. Il ne peut, bien entendu, n'être poussé avec une pareille violence que par la pression utérine.

Schücking a bien vu ces faits, et il multiplie les preuves de l'influence de la contraction utérine. Il l'a même mesurée à l'aide d'un manomètre de son invention. Il a montré que la pression de l'utérus oscillait entre 30 à 100 millimètres de hauteur de la

colonne mercurielle; dans l'intervalle de la contraction, elle ne mesurait que 40 millimètres au plus.

La veine elle-même, au bout d'un certain temps, est moins distendue, et l'on aperçoit au niveau de ses valvules que les étranglements y sont plus marqués; lorsqu'on la comprime, au lieu d'y sentir cette rénitence particulière, on reconnaît que le sang qui y est contenu, ne s'y trouve plus maintenu à la même tension. Alors peuvent intervenir pour une part l'aspiration thoracique, pour une certaine part l'élasticité et la contractilité du vaisseau, et aussi la pression moins considérable de l'utérus sur le placenta. Mais l'action de l'aspiration thoracique est accessoire, car elle agit sur la veine ombilicale au même titre que sur toutes les veines qui aboutissent au thorax, ce qui réduit considérablement l'attraction du sang contenu dans la veine ombilicale.

Du côté de l'enfant, que voyons-nous? Il rougit, et il rougit considérablement. J'ai souvent observé, et je l'ai souvent fait remarquer aux personnes qui assistaient à l'accouchement, qu'il rougit souvent au moment où les artères cessent de battre, au point que l'on pourrait comparer les pulsations ombilicales à une soupape de sûreté. Plusieurs fois, cette rougeur prit une teinte livide, l'enfant présenta une anxiété respiratoire évidente, sa bouche se remplit de mucosités abondantes. Une fois, ces phénomènes furent si frappants, le danger s'imposait tellement à l'esprit des assistants, que M. Polaillon m'engagea à ne pas tarder plus longtemps et à faire la ligature.

Lorsqu'on lie immédiatement le cordon, ces modifications de la coloration de la peau chez le nouveau-né ne se produisent pas de la même façon. Ordinairement, l'enfant reste pâle ou rose, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps, de plusieurs heures, qu'il rougit. Dans la grande majorité des cas, on pourrait reconnaître à la coloration de la peau, présentée par un enfant qui vient de naître, le mode de la ligature qu'on a pratiqué. Cette différence, généralement nette immédiatement après la naissance, persiste encore plus tard, et les enfants rouges sont

bien plus souvent observés après la ligature tardive qu'après la ligature immédiate.

Qu'y a-t-il d'étonnant dans ces résultats? Les variétés observées s'expliquent elles-mêmes fort bien. Si l'on veut se reporter aux tableaux si intéressants de M. Budin et jeter un coup d'œil sur son tableau B, où il mentionne ses observations de ligature immédiate, on y voit que la quantité de sang s'écoulant du placenta après la section immédiate du cordon oscille entre 176 et 60 grammes. Ainsi, dans un cas, en liant tardivement le cordon, la contraction et la rétraction utérines auraient violemment introduit dans l'appareil circulatoire de l'enfant 176 grammes de sang.

Si l'on admet le chiffre de Schücking, fixant à 175 grammes la quantité de sang contenue *normalement* dans cet appareil circulatoire, on s'expose peut-être à doubler par cette ligature tardive la quantité de sang que cet enfant doit avoir. On est vraiment étonné de la force des parois vasculaires, qui peuvent résister à une pareille pression et à une pareille distension!

S'il me fallait caractériser le résultat de la ligature tardive, je dirais qu'on pratique au nouveau-né une auto-transfusion. La ligature tardive pourrait être comparée à la pléthore consécutive, à l'ischémie locale obtenue par la compression d'un membre à l'aide de la bande en caoutchouc d'Esmarck. Cette comparaison ne rend pas même compte du phénomène. Jefremoff (1) a évalué dans une série d'expériences sur les chiens au 1/36 du poids total du sang la quantité de sang refoulée dans le corps à la suite de la compression des membres inférieurs, et au 1/25 du poids total du sang la quantité refoulée à la suite de la compression des membres supérieurs. Qu'on pose une bande d'Esmarck sur les deux membres, sur les quatre membres, et on ne se trouve pas encore dans une situation analogue à l'enfant après une ligature tardive. Par un pareil refoulement du sang, quels accidents déterminerait-on chez l'adulte?

---

(1) Jefremoff. *Dissert. inaugurale*; *Centralblatt für Chirurg.*, 1874, n° 23.

Après l'application de la bande d'Esmarck, Soulié (thèse de Paris, 1874) a constaté une augmentation de la tension dans le système artériel, à l'aide du sphygmographe, chez l'homme. Schücking a essayé de se rendre compte des modifications circulatoires dans les différents modes de ligature; il n'a pas constaté de différence. Ce serait une question à étudier de nouveau, car les indications données par l'auteur sont trop vagues pour entraîner la conviction.

Schücking enfin insiste sur l'aspect des enfants. Il dit qu'après la ligature tardive, les nouveau-nés sont vifs, qu'ils ne tardent pas à crier. Après la ligature immédiate, au contraire, ils seraient apathiques, ils tarderaient à crier, ils ne respireraient pas aussi largement. Je n'ai pas observé ces différences.

Je conclus des observations précédentes *que le sang pénètre dans le corps de l'enfant par l'action de la contraction et de la rétraction utérines lorsqu'on pratique la ligature tardive.*

II. Quelle est l'importance du sang contenu en moins ou en trop grande quantité dans l'appareil circulatoire du nouveau-né?

J'ai réuni à ce sujet une série de documents.

Dans une première catégorie de faits, j'ai pesé et observé tous les enfants qui avaient eu des hémorrhagies. Dans une autre série, j'ai pesé tous les enfants dont on avait lié le cordon immédiatement, dans le cours de la première minute, à la deuxième minute, deux minutes après la cessation des pulsations du cordon près de l'ombilic, après la délivrance par expression utérine, après expression du cordon, que je trayais, pour ainsi dire, en forçant tout le sang contenu dans la veine à pénétrer dans le corps de l'enfant. Dans cette dernière série d'observations, il m'est arrivé une ou deux fois de ne plus pouvoir faire pénétrer de sang, sans déployer une force que je n'ai pas cru prudent d'employer.

On peut diviser ces dernières expériences en deux catégories: les ligatures rapides, comprenant les ligatures immédiates, à

une minute, à deux minutes ; les ligatures tardives, comprenant toutes les autres.

Il est très-difficile de tenir compte des modalités normales et des troubles de la nutrition chez le nouveau-né. Ce sont ces conditions qui jouent le plus grand rôle. Ne pouvant pas mettre sur le compte de ces différents procédés des pertes de poids trop considérables, j'ai divisé mes observations en deux parties : la première comprend tous les enfants qui gagnent du poids ou qui ne perdent pas plus de 200 grammes, en huit, neuf ou dix jours ; la seconde comprend tous ceux qui perdent plus de 200 grammes. Ce chiffre est pris d'une façon arbitraire ; je l'ai choisi parce que c'est la perte que peuvent subir les enfants dès les premiers jours, et qu'un enfant qui ne gagnerait pas immédiatement du poids peut cependant se trouver dans des conditions normales. Lorsque, au contraire, au lieu de tendre à revenir à son poids primitif, l'enfant continue à perdre le quatrième et le cinquième jour, on peut le considérer comme étant malade.

I. — Observations d'enfants qui ont eu des hémorrhagies le premier jour après leur naissance.

Obs. I. — Accouchement : 30 juillet. — Difficulté du dégagement du tronc à cause de circulaires très-serrés autour du cou. On coupe le cordon, dont le sang s'échappe pendant le temps employé au dégagement du corps. — Garçon pesant 2,980 grammes. — Ictère du deuxième degré. — Le septième jour, P., 3,030. — Le dixième jour, P., 3,010. — Donc l'enfant profite de 30 grammes le dixième jour.

Obs. II. — Accouchement : 7 août. — Même complication, hémorrhagie pendant le dégagement du tronc. — Fille pesant 2,800 grammes. — Ictère du premier degré. — Le troisième jour, P., 2,750 ; le sixième jour, P., 2,870 ; le huitième jour, P., 2,890 ; le dixième jour, P., 2,910. — Donc l'enfant profite de 110 grammes.

Obs. III. — Accouchement : 6 octobre. — Même complication. — Garçon pesant 3,340. — Le troisième jour, P., 3,190. — Ictère au

troisième degré. — Le septième jour, P., 3,305. — Donc l'enfant profite de 55 grammes.

Obs. IV. — Accouchement : 9 décembre. — Même complication. — Garçon pesant 2,900 grammes. — Le lendemain, P., 2,850. — Suffusion jaunâtre. — Le surlendemain, P., 2,670 grammes. — Le quatrième jour, P., 2,700, — Ictère disparaît ; ophthalmie purulente. — Le huitième jour, P., 2,810. — Le dixième jour, P., 2,850. — L'enfant ne perd rien au moment de sa sortie.

Obs. V. — Accouchement : 19 décembre. — Garçon pesant 2,930. — Le cordon a été mal lié, et l'enfant est resté deux heures sans avoir été surveillé ; une alèze pliée en quatre et un drap plié en deux sont traversés par le sang, qui forme une tache de 30 centimètres de longueur ; la toile gommée placée au-dessous de ce drap est souillée de sang. Le lendemain, P., 2,840 ; le surlendemain, P., 2,890. — Il n'est pas certain que l'enfant ait eu de la suffusion jaunâtre de la peau. Il est remarquablement pâle, mais exsangue. — Le cinquième jour, P., 3,190 ; toujours très-pâle. — Le septième jour, P., 3,190 ; il devient rosé. — Le neuvième jour, P., 3,290. — Donc cet enfant a profité de 360 grammes.

Obs. VI. — Accouchement : 15 septembre. — Garçon pesant 3,800 grammes. — Circulaires autour du cou ; section du cordon et hémorrhagie pendant l'extraction du tronc. — Le surlendemain, P., 3,300 Ictère au deuxième degré. — Le sixième jour, P., 3,330. — Donc perte au sixième jour de 50 grammes seulement.

Obs. VII. — Accouchement : 16 août. — Fille pesant 3,190. — Même complication que précédemment. — Le lendemain, P., 3,100. — Le troisième jour, P., 2,910. — L'enfant n'est plus aussi pâle ; elle reprend un peu de couleur ; elle n'a pas jauni. — Le sixième jour, P., 3,050. — Donc perte au sixième jour de 140 grammes.

Obs. VIII. — Accouchement : 15 novembre. — Enfant pesant 3,650. — Même complication ; hémorrhagie assez considérable, cependant l'enfant n'est pas très-pâle. — Le lendemain, P., 3,530. — L'enfant n'est pas pâle ; il ne jaunit pas, — Le quatrième jour, P., 3,430. — La mère ne lui donne pas à téter. On le fait porter à la crèche. — Le huitième jour, P., 3,440. — Le onzième jour, P., 3,490. — Donc perte au onzième jour de 160 grammes.

Obs. IX. — Accouchement : 12 octobre. — Garçon pesant 2,750 grammes. — La ligature est mal faite. On ne l'examine pas depuis quatre heures et demie du matin jusqu'à cinq heures du soir de la même journée, moment où se fait le changement de linge le soir. L'enfant est inondé de son sang, qui avait traversé une partie de ses langes. On le fait porter à la crèche. — Le lendemain, P., 2,605, Ictère. — Le cinquième jour, ictère du troisième degré ; P., 2,530. — Le septième jour, P., 2,550. — L'enfant ne veut pas prendre le sein, l'ictère est prononcé. — Pas de réaction biliaire dans ses urines, qui ne tachent pas le linge. — Le dixième jour, P., 2,480. — Le quinzième jour, P., 2,500. — Ictère persiste. L'enfant prend bien le sein. Peut-être finira-t-il par reprendre la force. Sa mère quitte l'hôpital. Donc perte au quinzième jour de 250 grammes.

Obs. X.— Accouchement difficile : 20 octobre.—Travail, quarante-neuf heures et demie. — Enfant en O. I. D. P.; deux circulaires très-serrés autour du cou de l'enfant. Difficulté du dégagement des épaules, hémorrhagie pendant toute la durée de l'extraction de l'enfant. Perte de sang notable. Enfant très-pâle; P., 2,940. Enfant hébété, respire et crie difficilement. On est obligé de le fustiger pour le ranimer. — Il est très-pâle. Les jours suivants, ne veut pas téter. Il a de l'ictère au troisième degré. — Pas de réaction biliaire dans l'urine. Mort le douzième jour. Evidemment, dans ce cas, les causes de la mort de l'enfant sont multiples; l'hémorrhagie, je dois en convenir, y entre pour une grande part, mais pas d'une façon si évidente, puisque l'enfant est mort au bout de douze jours, et ce n'est pas là le caractère des accidents que nous observons chez l'adulte à la suite de l'hémorrhagie.

Voilà une série d'observations où les enfants non-seulement n'ont pas profité de l'apport du sang par la ligature tardive, mais encore ont perdu au moins 30 ou 40 grammes de leur sang. On a fait éprouver à ces enfants une hémorrhagie comparable à une saignée de 2,500 grammes et même de 3.000 grammes chez l'adulte ; on leur a soustrait les 2/3 de leur sang, et cependant ces enfants se portent relativement bien; ils se portent mieux que dans les cas de ligature tardive, comme je vais bientôt le démontrer.

Je ne crois pas qu'on ait beaucoup fait de saignées du cordon, à l'hôpital Cochin, pendant le cours de mon internat; mais ce que je sais bien, c'est qu'au moment où j'ai pris le service, après avoir lu le Mémoire de M. Budin, je n'aurais pas osé en faire. Le hasard m'a mis en mesure d'étudier cette question, et ce dont je suis convaincu actuellement, c'est qu'il vaut mieux faire une saignée du cordon, prudente, peu abondante, qu'une ligature tardive.

S'il est toujours excusable d'une façon générale de suivre les enseignements des maîtres sans les soumettre au contrôle des notions scientifiques fournies cependant dans un autre temps, certes cette excuse est valable lorsqu'on pratique la saignée du cordon dans l'état désigné sous le nom d'asphyxie bleue des nouveau-nés.

Si l'on veut lire les auteurs anciens depuis Levret, on y verra l'importance qu'ils attachent à la congestion chez le fœtus et la conviction profonde qu'ils ont de l'utilité de la saignée du cordon.

J'ai pratiqué cette saignée avant d'avoir lu le Mémoire de M. Budin; beaucoup de mes collègues l'ont pratiquée aussi, et nous avons été souvent surpris de l'amélioration *subite* qui survient dans l'état des enfants. Si l'on ne fait pas cette saignée, je ne doute pas que, dans un très-grand nombre de cas, le trouble ne soit que momentané et ne tarde à disparaître (1); mais cela n'est pas comparable à cette amélioration subite. Entre le conseil donné par MM. Budin et Schücking, qui proscrivent la saignée du cordon, en s'appuyant sur des observations encore trop récentes, et le conseil donné par tous les anciens accoucheurs, s'appuyant sur une observation séculaire, il nous est permis d'hésiter un instant et de rechercher prudemment la solution de la question dans l'observation clinique.

Les faits que je viens d'indiquer, ceux que je vais signaler dans un instant, s'ils ne tranchent pas absolument cette ques-

---

(1) Kohly. Thèse, 1875. — Obs. V-VII de M. Budin, p. 24.

tion, apporteront, j'espère, quelques nouveaux éléments de discussion.

Et, en effet, M. Budin semble partir, M. Schücking part absolument de ce point de vue, que je ne cesse de combattre, que la quantité normale du sang chez le nouveau-né est égale à la quantité du sang du fœtus, plus la quantité du sang contenu dans le placenta. Ils sont conséquents en proscrivant la saignée.

Dans la saignée du cordon, il y a un élément important dont il n'est pas tenu compte : c'est la modification de tension dans le système circulatoire, et il n'est pas de meilleur excitant de la contraction cardiaque que la diminution de la tension vasculaire. Quelque complexe que soit l'exemple que je veux donner comme argument, l'asystolie n'est-elle pas améliorée d'une façon surprenante, immédiate par la saignée ? La diminution de tension dans le système veineux ne joue-t-elle dans ce phénomène le rôle prépondérant ? Un enfant est rouge, congestionné, il respire mal, on lui fait une saignée du cordon ; en même temps que la spoliation de sang diminue la tendance congestive, elle régularise la circulation, et le danger imminent est évité.

Quant à la gravité des hémorrhagies du cordon, on pourrait l'apprécier dans les travaux de Ziermann et Wolfart, cités par Nægele, et plus récemment dans ceux de Kleinwœchter, de quelques accoucheurs anglais qui ont conseillé de ne pas lier le cordon, affirmant que dans ces cas l'hémorrhagie cessait spontanément et n'avait pas de gravité. On pourrait peut-être trouver quelques documents utiles à consulter dans un mémoire de Rizzoli, cité par M. Budin (*Progrès médical*, mars 1878).

Voyons maintenant le profit ou les pertes de poids subis par des enfants suivant que par tel ou tel mode de ligature ils ont bénéficié d'une quantité plus ou moins grande de sang. Ces résultats sont consignés dans les tableaux qu'on trouvera à la fin du chapitre.

De l'examen des faits que nous avons observés, on peut tirer les conclusions suivantes :

Moyennes des enfants qui ont gagné du poids ou n'ont pas perdu plus de 200 grammes en huit, neuf ou dix jours.

	NOMBRE D'ENFANTS.	POIDS MOYENS.	1er jour.	2e jour.	3e jour.	4e ou 5e jour.	6e ou 7e jour.	8e, 9e ou 10e jour.
1. Après hémorrhagie du cordon......	8	3132	— 87	— 116	— 133	— 53	— 4	+ 60
2. Après la ligature immédiate......	35	3105	— 86	— 146	— 111	— 39	— 41	+ 85
3. Après la ligature dans le cours de la 1re minute...	13	2958	— 106	— 173	— 155	— 96	— 15	+ 83
4. Après la ligature à la 2e minute..	30	3092	— 73	— 140	— 185	— 50	— 0	+ 91
5. Après la ligature consécut. à l'expression utérine.	7	8362	— 72	— 146	......	— 112	— 2	+ 3
6. Après la ligature consécut. à l'expression du cord.	7	3352	— 108	— 220	— 225	— 58	— 52	+ 7
7. Après la ligature 2 min. après la cessation des battements.......	37	3263	— 74	— 109	— 125	— 54	— 11	+ 22

Le résultat est évident.

Laissons de côté les pesées journalières, et ne considérons que la dernière moyenne, celle des huitième, neuvième ou dixième jours. On peut m'objecter que les résultats donnés en 1, 5, 6 portent sur un trop petit nombre d'observations pour être concluants. D'accord, et cependant ils confirment les résultats trouvés autre part. Les résultats trouvés dans la catégorie 1 confirment ceux des ligatures rapides. Les résultats trouvés en 5 et 6 confirment ceux qui sont indiqués en 7. De telle sorte que, si l'on prenait la moyenne générale des 4 premières catégories, le profit des enfants pourrait être évalué à 84 grammes à peu près; si l'on prenait la moyenne générale des trois dernières catégories, des ligatures tardives, le profit

des enfants est bien inférieur : il peut être évalué à 15 grammes à peu près. Ce résultat sur le nombre d'observations que je donne, avec cet écart de 84 à 15 me paraît concluant.

On ne peut pas, d'après les chiffres donnés à propos des ligatures tardives, juger quelle est la moins mauvaise d'entre elles.

Il n'en est pas de même pour les ligatures rapides; il est évident que l'enfant qui a perdu du sang gagne moins de poids que celui dont on a fait la ligature du cordon immédiatement après la naissance. Il n'y a pas de différence notable entre la santé des enfants à ligature immédiate et celle des enfants à la ligature dans le cours de la première minute.

Les enfants, au contraire, dont on a fait la ligature à la deuxième minute gagnent plus de poids que les précédents.

Il semble donc que c'est vers la deuxième minute que l'enfant acquiert la quantité de sang qu'il doit avoir physiologiquement. Lier plus tôt, lier plus tard, le mettent dans de moins bonnes conditions. Tels sont les résultats qui nous sont fournis par ces pensées.

Si l'on voulait tenir compte des enfants qui ont perdu plus de 200 grammes, on obtiendrait des résultats encore plus nets, mais, il est vrai, plus contestables. Et cependant on peut attribuer à un mode de ligature une amélioration ou une aggravation d'un état sérieux, d'autre part, de telle sorte qu'on pourrait dans une certaine mesure tenir compte de ces observations.

Comme conclusion, nous pouvons affirmer que *le sang est loin d'avoir chez le nouveau-né l'importance qu'il a chez l'adulte; qu'il est moins dangereux de faire perdre un peu de sang à l'enfant que de lui en donner trop.*

Les recherches précédentes me rendent maintenant bien facile l'appréciation de la valeur des divers modes de ligature du cordon. J'ai étudié la santé des enfants en prenant comme point de repère l'augmentation ou la diminution de leur poids. N'existe-t-il pas quelques particularités plus souvent liées à tel ou à tel mode de ligature? Il en existe, et elles sont de deux

sortes. La ligature tardive prédispose l'enfant à l'ictère; elle le prédispose encore aux hémorrhagies.

Si l'on fait le relevé des cas d'ictères relevés dans mes observations, voici ce que l'on constate :

Ligatures rapides.

	Après hémorrhagie du cord.	Ligature immédiate.		Lig. dans le cours de la 1re m.	Ligature 2 min. après l'accouchement	
Enfants n'ayant pas jauni......	3	13	30,23 0/0	2	9	27,27 0/0
Enfants ayant eu de l'ictère du 1er degré..................	2	7	16,27	4	6	18,18
Enfants ayant eu de l'ictère du 2e degré....	2	13	30,23	2	10	30,30
Enfants ayant eu de l'ictère du 3e degré....................	3	10	23,27	5	8	24,24
	10	43		13	33	

Ligatures tardives.

	Après expression utérine	Après expression du cordon.	2 minutes après la cessation des pulsations ombilicales.		Totaux.	
Enfants n'ayant pas jauni.....	1	0	5	10,42 0/0	6	9,09 0/0
Enfants ayant eu de l'ictère du 1er degré..................	1	1	7	14,58	9	13,64
Enfants ayant eu de l'ictère du 2e degré..................	4	5	22	45,83	31	46,97
Enfants ayant eu de l'ictère du 3e degré..................	4	2	14	29,17	20	30,30
	10	8	48		66	

Ces faits me semblent démonstratifs.

Les enfants à la ligature immédiate jaunissent moins que les enfants à la ligature deux minutes après l'accouchement, beau-

coup moins que les enfants à la ligature tardive. Et la différence dans la fréquence de l'ictère à la suite des ligatures rapides et à la suite des ligatures tardives est très-notable.

Cependant on peut voir l'ictère le plus intense succéder à une ligature immédiate et l'absence de jaunisse à la ligature tardive. Que signifient donc ces faits?

C'est que le mode de la ligature n'est qu'une cause accessoire de l'ictère, que celui-ci peut survenir dans des circonstances très-multiples, très-complexes, que nous ne connaissons pas.

Enfin la ligature tardive m'a paru, dans des circonstances exceptionnelles d'ailleurs, favoriser les hémorrhagies.

J'ai observé des écoulements sanguins, vaginaux, chez les petites filles; j'ai aussi observé ces vomissements noirâtres qui tout d'abord n'avaient pas frappé mon attention et au sujet desquels je n'ai pris de note que plus tard.

Depuis que je surveillai l'apparition de ces accidents, j'eus occasion de constater trois fois des écoulements sanguins par le vagin chez des petites filles à ligature tardive, une fois dans un cas de ligature à une minute. L'écoulement sanguin fut dans les cas de ligature tardive plus abondant; dans deux cas, il dura deux jours, dans l'autre trois jours; il fut plus précoce, il débuta les trois fois dès le lendemain. Dans le cas de ligature à une minute, il dura un jour et ne survint que le troisième jour.

J'observai deux fois des vomissements noirâtres : ce fut chez deux enfants à la ligature tardive.

J'ai recherché les ecchymoses sclérotidiennes qui surviennent si fréquemment chez le nouveau-né, vers le deuxième ou le troisième jour. L'examen de l'œil est si difficile à faire, que je n'ai pas pu recueillir de détails suffisamment minutieux pour tirer de cette observation quelque conclusion utile. Je suis cependant convaincu qu'elles ne sont pas plus fréquentes à la suite des ligatures tardives.

Enfin je donnerai la relation des deux observations suivantes qui me paraissent avoir de l'intérêt :

Obs. I. — Bourcet (Maria), 35 ans, à terme; tripare. Accouchement normal le 16 octobre 1877, d'une fille se présentant en O. I. G. A., après trois heures trente-cinq minutes de travail. Accouchement à quatre heures trente-quatre minutes; cessation des pulsations ombilicales à quatre heures quarante-neuf minutes; ligature à quatre heures cinquante et une minutes. — P., 2,800. Le jour même, l'enfant a des vomissements noirâtres, qui sont composés de mucosités jaunâtres contenant des filaments nombreux, noirs, qui restent sur l'oreiller en le tachant.

Le 17 octobre. P., 2,730. L'enfant commence à jaunir. — Vomissements noirâtres persistent.

Le 18 octobre. Vomissements noirâtres persistent. — Urine trouble, chargée de sédiments très-abondants; flots d'albumine. — L'ictère est très-prononcé. Ictère du troisième degré.

Le 19 octobre. Les vomissements ont cessé. — P., 3,510. En le déshabillant pour le peser, nous trouvons, au milieu de matières fécales, vertes, de nombreuses masses gélatineuses comme du blanc d'œuf, et du sang en assez petite quantité, mais assez notable pour rougir nettement ces masses albumineuses. Le sang est d'ailleurs rouge et n'a pas été altéré par son séjour dans l'intestin. Il provient probablement de la dernière portion de l'intestin. La nourrice dit avoir encore trouvé du sang au moment du changement de linge, le soir.

Le 19 octobre. Plus d'enterorrhagie. — Jaunisse toujours intense.

Le 20 octobre. Écoulement sanguin abondant par le vagin. — P., 3,470.

Le 22 octobre. L'écoulement sanguin cesse seulement, c'est-à-dire deux jours après son apparition.

Le 23 octobre. Ictère toujours intense. — P., 3,510.

Le 25 octobre. Ictère disparaît. — Conjonctivite gauche. P., 3,550.

Obs. II. — Reiff (Em.), 23 ans; primipare; supposée à terme; dernières règles, 20-23 juillet; accouchement normal, après quatre heures de travail, d'un enfant se présentant par le sommet en O. I. G. A. Au début du travail, il se présenta la complication suivante : la poche des eaux se rompit brusquement et fut suivie d'une légère hémorrhagie, qui ne persista pas. — Accouchement à neuf

heures trente-huit minutes du soir, le 30 mai ; cessation des pulsations ombilicales à neuf heures cinquante-cinq minutes, section et ligature du cordon à neuf heures cinquante-sept minutes. Quantité de sang restant dans le placenta : 21 centimètres cubes.

Garçon pesant 2,700 grammes.

		Nombre des glob. par mm. c.		Dimensions.
1er avril.	P. 2690	4,714,280	de 6 à 7 μ,	généralement 7 μ
2 avril.	P. 2520	4,661,200	en général	5 μ
3 avril.	P. 2440	4,798,800	—	6 μ, plusieurs 5 μ
4 avril.	P. 2430	4,282,800	—	6 μ — 5 μ
5 avril.	P. 2330	4,420,400	—	6 μ — 5 μ
6 avril.	P. 2270	4,936,400	—	5 μ — 6 μ

Nous examinons l'enfant le lendemain de sa naissance. Le méconium expulsé pour la première fois était intimement mélangé à du sang. Au lieu d'avoir la coloration noire habituelle, il avait une coloration carmin très-foncé. Il se desséchait plus rapidement et formait sur les cuisses de l'enfant des croûtes noirâtres avec les reflets rouges semblables aux croûtes du sang desséché. — Enfant jaunit un peu.

Le 2 avril. Il rend encore du méconium, ayant toujours le même aspect. Le soir, il n'y avait pas de matières dans ses langes, d'ailleurs il urine bien et la mère lui donne bien à téter. Il jaunit bien certainement.

Le 3 avril. Il ne rend plus de méconium ; les matières fécales ne sont plus rouges, elles sont noirâtres, *couleur de suie* : c'est du mélæna.

Le 3 avril. Ictère au troisième degré. Melæna persiste.

Le 4 avril. Les matières ne sont plus noires.

Le 5 avril. Ictère toujours aussi intense. Il n'a ni uriné ni rendu de matières fécales. — On lui donne un bain, il rend ensuite quelques matières dures et brunes. Peut-être y a-t-il encore du sang dans ces matières, qui ont un reflet un peu rougeâtre.

Le 6 avril. Ictère persiste. — Sortie de la mère.

Je suis convaincu que ces cas d'hémorrhagies doivent être mis à la charge de la ligature tardive. Certainement ces hémorrhagies ont été décrites et observées dans d'autres circon-

stances. Celles que je viens de signaler ont ce caractère qui les distingue des autres : c'est qu'elles apparaissent immédiatement ou rapidement après la naissance.

Quelle conclusion suis-je en droit de tirer de ces considérations?

La loi du moment où il faut pratiquer la section et la ligature du cordon ombilical ne peut être encore posée d'une façon définitive.

Pour la formuler, il faudrait avoir deux notions que nous sommes dans l'impossibilité de déterminer :

1° Quelle est la quantité de sang que doit avoir un nouveau-né ?

2° Quelle est la loi de la progression du sang à travers le cordon dans la ligature tardive?

Mais ne peut-on pas tourner la difficulté? C'est ce qu'il me reste à examiner maintenant.

Somme toute, ce qu'il y a à redouter dans la ligature tardive, c'est de déterminer chez le nouveau-né une augmentation considérable de la tension vasculaire. Or, tant que les artères ombilicales battent, non plus seulement auprès de l'ombilic, comme cela a été observé dans toutes mes expériences, mais loin de l'ombilic, le reflux du sang à travers les artères constitue une soupape de sûreté. Aussitôt qu'elles ont cessé de battre, l'appareil circulatoire de l'enfant est soumis à la pression de l'utérus, qui le distend violemment.

Je crois donc :

1° *Qu'il faut lier la tige funiculaire dès que les artères ombilicales cessent de battre.*

2° *Qu'il n'est pas dangereux dans les cas d'asphyxie bleue des nouveau-nés de faire une saignée peu abondante du cordon.*

ADDITION AU MÉMOIRE PRÉCÉDENT.

A la page 446, j'ai dit : « Budin admet, d'après les recherches de Welker, qu'on peut évaluer la quantité totale du

sang au 1/13 du poids du corps, c'est-à-dire de 250 à 270 grammes. »

Je crois devoir rétablir dans son entier le texte de M. Budin, car son opinion n'est pas absolument telle que je l'ai rapportée. Voici comment il s'exprime (*Progrès médical*, 1875, p. 766) : « Si l'on admettait avec Béclard, d'après les expériences de Welcker, Bischoff et Vierordt, que le poids du sang représente environ la treizième partie du poids total du corps, le poids du sang chez un nouveau-né pesant 3 kil. 500 serait de 270 grammes. Lui enlever 92 grammes serait lui ôter le tiers de la quantité du sang que contiennent ses vaisseaux. Mais, ainsi que Claude Bernard et Longet le font remarquer, il est très-difficile, sinon impossible, d'évaluer d'une façon exacte le poids de sang contenu dans l'organisme, poids qui varie du reste avec la plus grande facilité. »

D'ailleurs le lecteur ne s'est pas mépris sur la portée de la phrase que j'ai écrite, puisque j'ai ajouté plus loin : « Or, ce qui n'est qu'un artifice d'exposition, qu'un moyen très-saisissant pour M. Budin de convaincre tout le monde de l'importance de la notion qu'il a avancée, offre dans le Mémoire de Schücking un moyen facile pour le contradicteur de donner une démonstration du contraire. » Si l'on trouve les deux noms de MM. Budin et Schücking cités en même temps dans ce chapitre, c'est que M. Schücking, dans son travail, a suivi tous les développements du Mémoire de M. Budin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes, par A. Pinard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Plus on étudie les phénomènes naturels, plus on acquiert la conviction qu'un certain nombre d'entre eux qui nous sont préjudiciables peuvent, attaqués dans leurs causes, être facilement empêchés ou annihilés; qu'au contraire, dès que ces phénomènes se sont développés, qu'ils ont pris corps, nous n'avons plus à leur opposer que des moyens incertains, inefficaces ou dangereux. De là le développement si remarquable de l'hygiène à notre époque, le rôle prépondérant qu'elle est appelée à remplir.

Le livre du Dr Pinard est, dans un ordre particulier d'idées, une des manifestations de cette tendance générale. Depuis le commencement du siècle, nombre d'esprits distingués avaient cherché le moyen d'éviter les présentations vicieuses, et partant les opérations graves qui en sont la conséquence. Plusieurs étaient arrivés à d'incontestables résultats; mais ces résultats, un peu incertains, connus d'un petit nombre, étaient ignorés du grand public médical. L'ouvrage qui vient de paraître groupe les faits acquis, en signale de nouveaux, indique une marche plus sûre et plus méthodique, des moyens plus certains d'atteindre le but, et fait entrer définitivement dans la pratique un mode d'exploration trop longtemps négligé.

L'idée capitale du livre peut se résumer en peu de mots :

Sur 100 enfants qui se présentent par le siége, il en succombe 10 au moins pendant l'accouchement (Lachapelle); peut-être 20 (Hecker).

Sur 100 enfants qui se présentent par l'épaule, il en meurt 50, et cette présentation entraîne la mort de 10 mères sur 100.

Sur 100 enfants qui se présentent par le sommet, il en meurt 2, et cette présentation entraîne la mort d'une mère sur 300.

Éviter la présentation du siége et de l'épaule, y substituer des présentations du sommet, tel est l'objet et le but du *Traité du palper abdominal*.

Pour arriver à ce résultat il fallait :

1° Savoir dans quelles conditions, sous quelles influences et par quelles causes l'enfant se présente par l'épaule ou par le siége,

2° Pouvoir reconnaître pendant la grossesse, avec une certitude rigoureuse, la présentation du siége et de l'épaule.

3° La présentation reconnue, ramener le sommet dans l'axe du détroit supérieur; une fois là, l'y fixer définitivement.

Ces propositions s'enchaînent de telle sorte, forment un tout si complet, que tout médecin qui lira le *Traité du palper* en sera frappé, et gardera cette conviction qu'il n'est pas plus possible aujourd'hui

d'ignorer le palper qu'il n'est permis d'ignorer l'auscultation obstétricale.

Il y a trente ans environ que parut le *Traité théorique et pratique de l'auscultation obstétricale* : le service rendu par le professeur Depaul fut alors immense; l'auscultation était connue sans doute; mais après l'apparition du livre, la valeur et l'importance de cette méthode ne furent plus discutées, car elles n'étaient plus discutables.

Aujourd'hui, le palper abdominal est pratiqué par un petit nombre d'accoucheurs; mais combien peu de médecins s'en servent et en connaissent l'importance! D'ici à peu d'années, le palper sera aussi en usage que l'auscultation et le toucher; nombre d'êtres lui devront la vie! Le livre qui vient de paraître est donc d'une importance considérable.

Le Traité *du palper* se divise en trois parties :

Première partie. — Après avoir étudié les rapports du fœtus avec la cavité utérine, les rapports de l'utérus gravide avec la cavité pelvienne. Le Dr Pinard examine les causes des différentes présentations, la cause qui fait que la tête fœtale s'engage ou ne s'engage pas dans l'excavation pendant la grossesse. C'est là la base physiologique sur laquelle tout repose. L'idée originale et qui domine dans toute cette première partie est le rôle important rempli par la cavité abdominale. Cette cavité est une sorte de sac fait de muscles et d'aponévroses; ces aponévroses, au niveau de la ligne blanche principalement, se laissent distendre, et après plusieurs grossesses perdent leur ressort et leur élasticité. Or, l'utérus, pour conserver sa forme, a besoin d'être doublé et soutenu. Chez la primipare, où la paroi a tout son essort, il en est ainsi; alors le grand axe de l'utérus reste parallèle à l'axe du détroit supérieur, et, grâce à l'élasticité de la paroi, la tête s'engage dans l'excavation dès la fin du septième mois.

Chez les multipares, au contraire, le sac abdominal a été distendu, la ligne blanche et le tégument externe ont perdu de leur ressort, l'utérus n'est qu'incomplètement soutenu; son axe s'incline et n'est plus parallèle à l'axe pelvien; la tête n'est pas sollicitée à s'engager, et à cause du manque de parallélisme de son axe et à cause du manque d'élasticité des parois. Alors la tête ne pénètre dans le petit bassin qu'à la fin de la grossesse, parfois au début du travail.

Quant aux causes des présentations, celle du sommet serait soumise à la loi d'accommodation, accommodation qui n'est qu'une résultante de facteurs nombreux : forme et volume variables de la tête, du siége des segments supérieur et inférieur de l'utérus aux differentes époques de la grossesse, alternative de mouvement et de repos, contractions indolores, présence du liquide amniotique, surface polie de l'amnios, mouvements instinctifs du fœtus.

Pinard n'admet pas la présentation primitive *de la face*; c'est au niveau du détroit supérieur que s'accomplit toujours la déflexion qui n'existe pas avant le début du travail. L'inclinaison de l'axe utérin en serait la cause principale. Quant à la petitesse du fœtus, qui a été invoquée, elle n'y est pour rien, comme le prouve une statistique de 330 cas.

La présentation du siége est *franche* quand le fœtus est fixé, qu'on ne peut pas le mobiliser; cela peut tenir au plus grand développement de la tête, au plus faible développement de l'extrémité pel-

vienne, peut-être à une malformation de l'utérus ; cela se rencontre chez quelques primipares, et c'est de beaucoup le cas le plus rare.

Le plus souvent le fœtus évolue fréquemment, le siége est tantôt en haut, tantôt en bas ; au début du travail, si le siége est en bas, la contraction utérine immobilisera le fœtus dans cette présentation, plus fréqnente chez les multipares.

Dans des cas rares de la présentation du *tronc*, l'axe fœtal et l'axe utérin sont parallèles, mais perpendiculaires à l'axe pelvien, présentation qui résulte alors d'une malformation de l'utérus (Wigand, Hergott, Polaillon).

Presque toujours c'est chez des multipares que l'épaule se présente. La multiparité rend l'utérus plus mince et plus souple, la paroi abdominale plus lâche, l'utérus ballotte et s'incline dans certaines attitudes, à la manière d'un sac qui n'aurait plus de forme propre ; dans ces cas, au moment des contractions, l'enfant pourra être saisi en travers. Chez les multipares, les présentations de l'épaule sont six fois plus nombreuses que chez les primipares.

Ce chapitre, avec ses vues originales, ses aperçus ingénieux, exagère peut-être un peu le rôle de la paroi abdominale. Les éléments qui entrent dans le problème sont complexes, ils agissent synergiquement, et il est difficile de faire la part qui revient à chacun. Ces réserves faites, je me hâte d'ajouter que cette vue d'ensemble est juste et a été présentée avec un grand talent d'exposition.

Deuxième partie. — L'usage du palper servant au diagnostic des présentations remonte au commencement de ce siècle.

C'est à peine si, parmi les précurseurs, on peut citer le nom de Rœderer. J'aurais désiré cependant y voir joindre le nom de Puzos, qui a écrit un chapitre intéressant sur le palper de l'utérus, lorsque les signes de la grossesse sont équivoques et que l'enfant ne remue pas encore.

Le palper comme élément de diagnostic de présentations remonte à Wigand (1812). Pinard cite avec éloge les noms de Devilliers et de Chailly (1842), et les études de Hubert de Louvain (1843) et de Mattéi (1855), qui ne connaissaient ni les uns ni les autres le mémoire de Wigand.

Pleine justice est rendue à Mattéi et au remarquable passage de l'*Essai sur l'accouchement physiologique* relatif au palper, qui est cité en entier.

L'école allemande, depuis bien des années, pratique le palper ; des citations de Schrœder, de Shaadwick, de Otto Spiegelberg, le prouvent, et le diagnostic des présentations et des positions par ce mode d'exploration est décrit dans ses classiques.

En Belgique, dès 1837, Hubert enseignait le palper à Louvain, et ses différents écrits attestent qu'il connaissait bien cette méthode d'exploration.

En France, Stoltz, Velpeau, Lécorché-Colombe, Chailly et Devilliers avaient fait mention du palper ; ce mode d'exploration fut connu de quelques accoucheurs après la publication du mémoire de Mattéi et la traduction de Wigand. Dès 1862, Tarnier et Guyon l'enseignaient à leurs élèves ; mais, en réalité, il restait inconnu de la masse des médecins, et peu en usage même parmi les accoucheurs.

Par le palper, on peut, quand on constate dans l'abdomen la présence d'une tumeur, affirmer que c'est l'utérus, s'il y a des contrac-

tions, à condition qu'on n'oublie pas que la vessie, distendue par l'urine, peut se contracter (Pajot, Tarnier), qu'une fibrome sous-péritonéale peut être le siége de contractions (Pinard).

Le palper permet de diagnostiquer dès le troisième mois la grossesse par le ballottement abdominal; mais le point capital est le diagnostic de présentations et de positions; voyons comment le Dr Pinard procède à cette exploration :

La femme est placée dans la décubitus horizontal, la tête repose sur un seul oreiller, les jambes ne sont pas demi-fléchies, mais étendues et modérément écartées.

L'extrémité céphalique se trouvant le plus souvent engagée dans l'excavation vers la fin de la grossesse, c'est par la cavité du petit bassin qu'on commencera l'exploration, et les points de repère seront les branches horizontales du pubis.

Plaçant les mains à 5 ou 6 centimètres à droite et à gauche de la ligne médiane, l'extrémité des doigts en rapport avec l'arc antérieur du bassin, on déprime la paroi abdominale de haut en bas et d'avant en arrière, en rasant les branches horizontales du pubis.

Deux sensations peuvent être perçues : ou bien les doigts rencontrent un corps dur, volumineux, arrondi et qui remplit l'excavation; ou bien les doigts ne rencontrent qu'une résistance fournie par les parties molles et peuvent s'enfoncer plus ou moins profondément.

Dans le premier cas, l'excavation est remplie; dans le second, elle est vide de parties fœtales.

Si l'excavation est remplie, la seule partie fœtale qui puisse s'y engager est la tête fléchie; il s'agit donc d'une *présentation du sommet*. De plus, cette tumeur est toujours plus accessible, plus saillante d'un côté que de l'autre; cette portion de la sphère céphalique, plus accessible, plus élevée est constituée par la *région frontale*. Ainsi, 80 fois sur 100 il suffit d'explorer l'excavation pour connaître non-seulement la présentation, mais la position. C'est là une particularité très-importante et très-intéressante que le Dr Pinard a eu le premier le mérite de signaler.

Continuant son exploration méthodique, il examine l'extrémité supérieure de l'ovoïde fœtal, et, là, si l'on sent un corps volumineux, irrégulier, de consistance moindre que la tête, accompagné de petites parties, il s'agit du siége, des pieds et des genoux.

On cherche ensuite de quel côté se trouve le plan le plus résistant, qui est le dos; sans oublier d'explorer avec soin le côté opposé, de s'assurer s'il n'y a pas plusieurs produits de conception.

L'auteur examine ensuite les sensations fournies par le palper dans chacune des positions du sommet; puis il étudie les présentations et les positions de la face, du siége et du tronc. Il est impossible de suivre le Dr Pinard dans cette longue étude; il y a là tout un mode d'exploration nouveau qu'on ne peut qu'esquisser dans une rapide analyse; pour le connaître, il faut lire ou plutôt étudier le *Traité du palper*.

Il suffira, du reste, pour faire connaître toute l'importance et toute la précision de la méthode, de rappeler que le Dr Pinard a pu, du quatrième au sixième mois, diagnostiquer une grossesse trigémellaire.

Par le palper, il put reconnaître trois têtes, et la femme accou-

cha de trois garçons. Diagnostic unique, et qui n'était possible que par la nouvelle méthode.

Troisième partie.—Aux présentations du siége et de l'épaule substituer des présentations du sommet, c'est là ce que tentèrent Wigand, Hubert, Mattéï.

Wigand s'appliqua non-seulement à modifier la présentation de l'enfant, par une attitude particulière donnée à la femme en travail, mais aussi par des pressions externes faites avec soin sur le ventre et sur la matrice.

Pour Mattéï, la version peut et doit être employée pour transformer la présentation du siége en présentation du sommet, c'est la version céphalique, lorsque la manœuvre se fait sur une présentation de l'épaule, Mattéï l'appelle réduction.

Pour pratiquer la *version par manœuvres externes*, Pinard donne à la femme la même attitude que pour le palper.

Deux cas peuvent se présenter :

Ou la tête repose sur une des fosses iliaques et le siége dans le flanc opposé;

Ou bien la tête est en rapport avec le segment supérieur de l'utérus, le siége en bas.

Dans le premier cas, il faut appliquer une main sur l'extrémité céphalique, l'autre sur l'extrémité pelvienne et par une pression lente et soutenue exercée en sens inverse sur l'une et l'autre extrémité, ramener les deux pôles sur la ligne médiane.

Dans le second cas (présentation du siége), le premier temps consiste à mobiliser le fœtus. Tantôt la tête est sous les fausses-côtes, il faut chercher à la déplacer en l'abaissant latéralement ou en déplaçant le siége; tantôt l'extrémité pelvienne proémine légèrement dans l'excavation, il faut soulever doucement cette extrémité, en mettant un doigt dans le vagin et en repoussant le segment inférieur de l'utérus, sur lequel appuie la région fœtale; cela fait, on exécute le changement de pôle, en se rappelant que les manœuvres sur l'extrémité pelvienne sont plus efficaces.

Les seules contre-indications sont : le défaut de mobilité empêchant la mutation (malformations utérines) et les grossesses multiples.

L'auteur rapporte une intéressante observation qui met en lumière les services que peut rendre la version par manœuvres externes dans les cas d'insertion vicieuse du placenta.

Tout cela est bien et les choses semblent faciles; mais la version par manœuvres externes, possible, facile même pendant la grossesse, est souvent inefficace, tellement inefficace qu'elle était presque abandonnée.

Quant à la manœuvre pendant le travail, elle est difficile, quelquefois impossible, souvent dangereuse.

C'est donc pendant la grossesse qu'il faut faire la version, à la condition de trouver un moyen qui la rende efficace.

La cause des mauvaises présentations réside dans l'organisme maternel; c'est la multiparité.

C'est la multiparité qui fait prendre à la cavité utérine et à la paroi abdominale leur forme anormale; c'est à cause des modifications dans la paroi propre et dans la paroi abdominale qu'il y a absence de présentation fixe. C'est par ces mêmes causes que la version pendant

la grossesse est inefficace, la manœuvre à peine finie, la tête du fœtus reprend la place qu'elle occupait avant.

Telles sont les considérations qui amenèrent le Dr Pinard à penser qu'on pourrait rendre la manœuvre efficace pendant la grossesse, en donnant à la paroi et à la cavité utérine, le ressort qui leur manquait et le soutien qui leur faisait défaut.

Il fit, dans cette intention, construire, par M. Mathieu fils, un appareil, une sorte de ceinture, qu'on applique après avoir rectifié la présentation fâcheuse; appareil qu'on serre d'abord modérément et dont on augmente graduellement la pression.

C'est à huit mois que Pinard pratique la version par manœuvres externes et qu'il applique sa ceinture, et il applique l'appareil, alors même que la tête est en bas, mais ne plonge pas dans l'excavation,

Il pense qu'on peut ainsi faire disparaître les diverses procidences des membres et du cordon, et les présentations de la face.

On peut, du reste, enlever l'appareil dès que la tête est descendue dans l'excavation.

Il ne résulte de l'application aucun inconvénient, ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Tarnier avait pensé que la compression qui résulte de son application pouvait prédisposer à l'éclampsie. Sans reconnaître cette opinion j'ai cherché chez plusieurs femmes qui portaient cette ceinture depuis douze ou quatorze jours, la présence d'albumine dans l'urine, et je n'en ai pas trouvé traces. Pinard est arrivé au même résultat. Il n'y a donc aucun danger de ce côté.

Quant à l'efficacité de l'appareil, les 26 observations citées dans le *Traité du palper* le démontrent suffisamment. « *Le Dr Pinard a inventé une ceinture qui maintient le fœtus dans la position qu'on lui donne ; par ce moyen il a rendu un grand service... En réalité, il y a là un grand progrès d'obstétrique.* »

Tarnier disait à la Société de médecine publique :

» Encore quelque temps, et médecins et sages-femmes seront dans l'obligation, sous peine de manquer à un devoir, de s'assurer, pendant le dernier mois de la grossesse, si la présentation est bonne, si rien ne s'oppose à ce que l'accouchement soit physiologique.

Les femmes, de leur côté, sauront vite qu'il existe un moyen simple, non douloureux d'éviter, de conjurer des accidents parfois très-graves. Elles voudront tout naturellement en bénéficier. Ces idées se répandront rapidement, et dans les classes nécessiteuses, les femmes prendront peu à peu l'habitude d'aller, pendant le dernier mois de la grossesse dans les Maternités, dans les services d'accouchements, demander si leur enfant est bien placé, si elles peuvent sans crainte attendre le moment de l'accouchement.

Un grand progrès sera alors accompli, car on évitera le plus grand nombre des opérations obstétricales. « C'était ce que je disais de la méthode du Dr Pinard, lorsqu'il fit sa communication devant la Société de médecine publique. »

Maintenant que le traité *du palper* a paru, j'ajouterai que le mot de Smellie lui est complètement applicable: « Il faut plus de science pour prévenir que pour faire une opération. »

Dr A. Thévenot.

VARIÉTÉS

Ethérolé antiseptique de Pennès. — L'éthérolé antiseptique de M. Pennès a été employé, dans plusieurs cas, par M. le Dr Leblond, dans son service à Saint-Lazare.

Une femme, à la suite de couches, avait des lochies excessivement fétides ; des injections faites chaque jour avec l'éthérolé, étendu de plusieurs fois son poids d'eau, donnèrent d'excellents résultats. M. Lucas Championnière, dans son service à Cochin, en avait déjà fait usage dans les mêmes circonstances et avait constaté les mêmes effets.

M. le Dr Martineau cite une observation de vaginite aiguë, traitée et guérie par des pulvérisations faites chaque jour dans le vagin avec le produit de M. Pennès. A Saint-Lazare, les résultats ne furent pas aussi satisfaisants. Cet insuccès serait-il dû au peu de fréquence des pansements qui n'avaient lieu que deux fois par semaine.

Dans deux cas l'éthérolé pur, introduit à l'aide d'un tampon dans la cavité vaginale, produisit un accident de peu de gravité. Un œdème notable des grandes lèvres survint le même jour. Le tampon retiré, les parties revinrent à l'état normal.

Depuis lors l'éthérolé ne fut plus employé pur, mais, étendu de son poids d'eau et, dans ces circonstances, nous avons pu remarquer qu'il conservait bien moins longtemps ses propriétés antiseptiques. Un tampon laissé deux jours dans le vagin répandait une odeur des moins agréables.

Enfin, suivant en cela les expériences faites à Montpellier par M. le professeur Courty, M. le Dr Leblond ayant passé un drain dans un abcès de la mamelle, fit dans la cavité des injections avec l'éthérolé étendu. Les premières furent seules douloureuses, mais les résultats qu'elles produisirent furent satisfaisants. FISSIAUX.

Cours d'accouchement. — Le Dr Thévenot a commencé son cours public d'accouchement, le 9 décembre, à 5 heures de l'après-midi, il le continue les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. — Exercices pratiques, manœuvres obstétricales, 17, rue Séguier.

— M. le Dr Méniere (d'Angers) a commencé son cours sur la thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus et annexes, le mercredi 20 novembre, à 7 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

AVIS DE L'ÉDITEUR. — Depuis leur fondation, les Annales de Gynécologie ont paru très-régulièrement le 15 de chaque mois et cependant à plusieurs reprises des retards fâcheux dans le service nous ont été signalés. Nous croyons donc devoir déclarer que pour les abonnements servis par l'intermédiaire des libraires, nous déclinons toute responsabilité, mais que pour les abonnements pris directement à notre librairie, l'envoi par la poste continuera à se faire régulièrement le 15 de chaque mois. H. L.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME X

Juillet à Décembre 1878.

A

B

C

M

N

O

P

R

S

FIN DE LA TABLE.

Paris. — Typ. A. Parent, rue Monsieur-le-Prince 31.


DATE DUE SLIP
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY
THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW
2m-11,'29



V.9-10 Annales de gynécologie.
1878
25463

